

Anita Petek-Dimmer

Kritische Analyse der Impfproblematik



**Ein Kompendium
über die wahre Natur der Impfungen,
ihre Pathogenität und Wirkungslosigkeit**

Band 1

AEGIS

Kritische Analyse der Impfproblematik

Anita Petek-Dimmer

Kritische Analyse der Impfproblematik

**Ein Kompendium
über die wahre Natur der Impfungen,
ihre Pathogenität und Wirkungslosigkeit**

Band 1

A E G I S

Die Informationen die in diesem Buch vermittelt werden, sollen eine persönliche Beratung nicht ersetzen. Das Buch bezweckt, gängige medizinische Massnahmen wie Impfungen kritisch zu hinterfragen, um eigenverantwortlich Entscheide treffen zu können. Die im Inhalt angegebenen Fakten und Daten sind sehr sorgfältig recherchiert worden. Trotzdem sind die Autorin und der Verlag nicht für irgendwelche medizinischen Forderungen verantwortlich, die sich auf das präsentierte Material beziehen.

1. Auflage 2004
2. Auflage 2006

ISBN 978-3-905353-56-3

© Verlag AEGIS Schweiz, 2004
Udelbodenstrasse 43 CH-6014 Littau
Satz: DTP im Verlag
Printed in Switzerland

www.aegis.ch

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das der Vervielfältigung, Verbreitung sowie der Übersetzung. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile davon in irgendeiner Form zu reproduzieren.

Vom mächtigen Einfluss der Lebensordnung

*Das geistige Urprinzip,
das die Welt, das Leben
und den Menschen erschuf,
mit seinen Energien durchströmt und erhält,
und das in jedem Menschen da ist
und wirkt,
ist von einer unsere Begriffe überragenden Macht.
Ihm entstammt das Reich der Lebensordnung.
Verbleibt der Mensch in diesem Reich,
so erblüht ihm die Gesundheit,
verlässt er es, folgt Erkrankung.
Es ist nicht die Schuld des einzelnen,
wenn es aus diesem Paradies
verstossen wurde, sondern die Schuld
der ganzen Menschheit zusammen genommen.
Der Einzelne
folgt den Bahnen der Gesamtheit ahnungslos.
Das Kind
nimmt die Gewohnheiten der Eltern an,
und die Eltern
machen es wie die „anderen“,
wie die Herde.
Doch ist dem Menschen
die Möglichkeit gegeben,
durch Erleben, Erleiden, Erfahrung,
Erkenntnis und Intuition
das Reich der Ordnungen wiederzufinden,
die Existenz und das Walten des Geistes
zu erkennen.*

Max Bircher-Benner

Inhalt

Band 1

Vorwort von Dr. med. Johann Loibner	14
Einführung	20
Geschichte der Impfungen	23
Verursachen Mikroben Krankheiten?	31
Die Henle-Koch-Postulate	38
Die Antigen-Antikörper-Theorie	40
Herstellungsverfahren und Arten von Impfstoffen	50
Die Diphtherie	
Eine Krankheit, die man bei uns nicht mehr kennt	55
<i>Geschichte einer Krankheit</i>	55
<i>Der Rückgang der Diphtherie</i>	65
<i>Die Diphtherieepidemien in Russland</i>	70
<i>Die Krankheit Diphtherie</i>	72
<i>Die passive Impfung gegen Diphtherie</i>	74
<i>Die Impfung gegen Diphtherie</i>	75
<i>Wirksamkeitsstudien der Impfung</i>	76
<i>Wie wirksam ist die Diphtherieimpfung?</i>	77
<i>Nebenwirkungen der Impfung</i>	79
<i>Fazit</i>	82
Die Grippe	
Ein grosses Geschäft mit dem Impfstoff	86
<i>Die Geschichte einer Krankheit</i>	86
<i>Heinrich VIII und die Grippe</i>	87
<i>Wien, die Türken und die Grippe</i>	88
<i>Der Begriff Influenza entsteht</i>	88
<i>Die „Spanische Grippe“ von 1918</i>	90
<i>Die Schweinegrippe von 1976</i>	92
<i>Erkältung oder Grippe?</i>	96
<i>Das Meldesystem für Grippeerkrankungen</i>	98
<i>Medizinalpersonal lehnt Grippeimpfungen ab</i>	99
<i>Auch Geimpfte stecken andere an</i>	100

<i>Erfahrungen mit der Grippeimpfung</i>	101
<i>Die Behandlung der Grippe</i>	102
<i>Warum die Grippeimpfung den Organismus schädigt</i>	102
<i>Wie wirksam ist die Grippeimpfung?</i>	104
<i>Die tatsächliche „Wirksamkeit“ der Impfung</i>	106
<i>Kann eine Grippeimpfung vor Grippe schützen?</i>	107
<i>Die Herstellung des Grippeimpfstoffes</i>	108
<i>Der Impfstoff gegen Influenza</i>	109
<i>Nasalflu - der Schweizerische Grippeimpfspray</i>	111
<i>FluMist - der amerikanische Grippeimpfspray</i>	114
<i>Die Grippe und das grosse Geschäft</i>	115
<i>Eigenartige Bemühungen um die Grippeimpfung</i>	118
<i>Seltsame „Diagnosehelfer“</i>	120
 Hepatitis B	
Ist die Impfung das noch grössere Übel als die Krankheit?	123
<i>Hepatitis B - die Gelbsucht</i>	125
<i>Die offiziellen Impfempfehlungen</i>	128
<i>Unlauterer Wettbewerb</i>	129
<i>Zusammensetzung des Impfstoffes</i>	131
<i>Nebenwirkungen der Impfung</i>	131
<i>Frankreich stellt die Impfung ein</i>	137
<i>Der Fall von Krems</i>	139
<i>Wie wirksam ist die Hepatitis B-Impfung?</i>	140
<i>Die Mutanten</i>	141
<i>Die undankbaren Non-Responder</i>	142
<i>Bill Gates und seine Spende</i>	143
<i>Die etwas „andere Spende“</i>	144
<i>Impfen mit Bananen und Karotten</i>	145
 FSME	
Hysterie um ein kleines Tierchen	148
<i>Lebensweise der Zecken</i>	148
<i>Entfernen der Zecke</i>	150
<i>Die FSME-Erkrankung</i>	151
<i>Die Lyme-Borreliose Erkrankung</i>	153
<i>Borrelitest</i>	155

<i>Krankheitsbild der Lyme-Borreliose</i>	156
<i>Erlichiose</i>	157
<i>Babesiose</i>	157
<i>Die Impfung gegen FSME</i>	157
<i>Sind die FMSE-Fälle seit der Impfung rückläufig?</i>	158
<i>Nebenwirkungen der FSME-Impfung</i>	160
<i>Tico Vac der Kinderimpfstoff</i>	162
<i>Prof Kunz und die FSME-Impfung</i>	163
<i>Schutz nach Impfung?</i>	164
<i>Immunglobuline nach Zeckenstich?</i>	165
<i>Die Macht der Impfstoffhersteller</i>	165
Hib - Haemophilus influenzae Typ b	
Eine durch Impfungen verursachte Krankheit?	167
<i>Die Geschichte der Hib-Krankheit</i>	167
<i>Die Geschichte der Hib-Impfung</i>	168
<i>Die Behandlung von Hib</i>	170
<i>Risikofaktoren</i>	171
<i>Vermehrte Hib-Erkrankungen erst seit 60 Jahren</i>	174
<i>Hib-freies Finnland dank Impfungen?</i>	175
<i>Die „ Wirksamkeit“ der Hib-Impfung</i>	177
<i>Geimpfte erkranken häufiger</i>	178
<i>Die Nebenwirkungen der Impfung</i>	181
<i>Zusatzstoffe der Hib-Impfung</i>	184
Masern	
Eine schlimme Infektionskrankheit?	187
<i>Die Geschichte der Masern</i>	189
<i>Das Krankheitsbild der Masern</i>	189
<i>Die Impfung und ihre Nebenwirkungen</i>	192
<i>Gehirnentzündung</i>	194
<i>SSPE</i>	195
<i>Morbus Crohn und Autismus</i>	195
<i>Atypische Masern</i>	199
<i>Wie wirksam ist die Impfung?</i>	200
<i>Die Krankheit Masern ausrotten?</i>	203
<i>Masernepidemie in Holland</i>	205

<i>Warum nehmen die Masern ab?</i>	207
<i>Nutzen Masern unseren Kindern?</i>	209
<i>Verbesserung der Durchimpfungsquoten</i>	211
<i>Zukunftsvisionen unserer Forscher</i>	213
Die Meningokokken	
<i>Kleiner Schwindel mit grosser Wirkung</i>	217
<i>Die Krankheitssymptome</i>	219
<i>Die Geschichte der Krankheit</i>	220
<i>Die Impfung gegen Meningokokken</i>	221
<i>Wirksamkeitsstudien zum Meningokokken C-Impfstoff</i>	222
<i>Meningokokken-Situation im deutschsprachigen Raum</i>	225
<i>Meningitis-Epidemie in Burkina Faso</i>	227
<i>Impfstrategien</i>	227
<i>Die Erregerverschiebung</i>	229
<i>Was ist die Ursache einer Gehirnhautentzündung?</i>	232
<i>Impfstoff gegen Meningokokken B</i>	233
<i>Nebenwirkungen der Meningokokken-Impfung</i>	233
<i>Fazit</i>	235
Mumps	
<i>Dank Impfungen vermehrte Epidemien?</i>	237
<i>Behandlung</i>	238
<i>Zur Geschichte von Mumps</i>	239
<i>Die Nebenwirkungen der Mumpsimpfung</i>	241
<i>Diabetes mellitus nach der Mumpsimpfung?</i>	243
<i>Mumps in den USA</i>	245
<i>Wie wirksam ist die Mumpsimpfung?</i>	246
<i>Mumpsepidemie in der Schweiz</i>	247
<i>Gesündere Kinder dank Mumps?</i>	251
Pertussis - der Keuchhusten	
<i>Eine Krankheit, die langsam ihren Schrecken verliert</i>	254
<i>Der Krankheitsverlauf</i>	255
<i>Die Behandlung von Pertussis</i>	257
<i>„Neue“ Keuchhustenbakterien?</i>	258
<i>Zur Geschichte der Pertussisimpfung</i>	259

<i>Der azelluläre Pertussisimpfstoff</i>	262
<i>Sicherheitstests bei Pertussisimpfstoffen</i>	262
<i>Pertussis und Antikörper</i>	263
<i>Wie wirksam ist die Pertussisimpfung?</i>	264
<i>Geimpfte erkranken und stecken andere an</i>	265
<i>Deutschland und die Pertussisimpfung</i>	267
<i>Schweden und die Pertussisimpfung</i>	269
<i>Japan und die Pertussisimpfung</i>	271
<i>Pertussisimpfung und bakterielle Infektionen</i>	272
<i>Pertussisimpfung und Plötzlicher Kindstod</i>	273
<i>Nebenwirkungen der Pertussisimpfung</i>	277
<i>Zukunftsansichten</i>	282
Pneumokokken	
<i>Eine Impfung die keiner will und die noch weniger benötigen</i>	286
<i>Pneumokokken und ihre Folgen</i>	286
<i>Pneumokokken und die Erregerverschiebung</i>	289
<i>Der Impfstoff gegen Pneumokokken</i>	291
<i>Impfempfehlungen</i>	293
<i>Antibiotika-Resistenzen</i>	294
<i>Wirksamkeit des Pneumokokkenimpfstoffes</i>	295
<i>Kein Schutz vor Mittelohrentzündungen</i>	298
<i>Zu frühe Auffrischimpfungen sind gefährlich</i>	299
<i>Österreich: Ausser Spesen nichts gewesen</i>	300
<i>Nebenwirkungen der Pneumokokkenimpfung</i>	301
<i>Fazit</i>	302
Poliomyelitis - die Kinderlähmung	
<i>Eine Krankheit, die durch Gifte verursacht wird</i>	305
<i>Die kurze Geschichte einer Krankheit</i>	305
<i>Die Behandlung von Polio</i>	312
<i>Polio und Ernährung</i>	313
<i>Erhöhtes Risiko an Polio zu erkranken</i>	315
<i>Der Impfstoff und seine Nebenwirkungen</i>	315
<i>Die „Wirkung“ der Polioimpfung</i>	321
<i>Die Geschichte der Polioimpfung</i>	323
<i>SV40- Viren</i>	325

<i>Polioepidemie in Holland</i>	330
<i>WHO-Definition von Polio</i>	331
<i>Die Angst in Afrika vor der Polioimpfung</i>	332
<i>Zukunftsaußichten</i>	333
 Röteln	
<i>Kann die Impfung eine Rötelnembryopathie verhindern?</i>	336
<i>Rötelnembryopathie</i>	337
<i>Fälle von Rötelnembryopathie</i>	339
<i>Herstellung des Impfstoffes</i>	343
<i>Zusammensetzung des Impfstoffes</i>	344
<i>Wie wirksam ist die Impfung?</i>	344
<i>Die Titerbestimmung</i>	349
<i>Immunglobuline</i>	350
<i>Durchimpfungsquoten</i>	350
<i>Fazit</i>	351
 Tetanus - der Wundstarrkrampf	
<i>Wie tetanusgefährdet sind unsere Kinder?</i>	355
<i>Geschichte einer Krankheit</i>	355
<i>Fahrlässige Wundbehandlung erzeugte Tetanus</i>	357
<i>Koch und Pasteur kontra Pleomorphisten</i>	359
<i>Clostridium tetani</i>	361
<i>Wer ist für Tetanus prädestiniert?</i>	362
<i>Der Krankheitsverlauf und die Behandlung</i>	364
<i>Nabelschnurtetanus</i>	366
<i>Die Tetanusimpfung</i>	368
<i>Die passive Impfung</i>	370
<i>Tetanusimpfungen als getarnte Sterilisation?</i>	371
<i>Was sagt ein Titer über den Schutz aus?</i>	372
<i>Schützt die Tetanusimpfung vor Tetanus?</i>	374
<i>Eine Tetanuserkrankung hinterlässt keine Immunität</i>	375
<i>Keine Immunität gegen Gifte im menschlichen Körper</i>	376
<i>Der Rückgang von Tetanus vor Einführung der Impfung</i>	380
<i>Das Alter der Erkrankten</i>	382
<i>Nebenwirkungen der Tetanusimpfung</i>	383
<i>Zukunftsaußichten</i>	385

Varizellen - die Windpocken

Wie eine harmlose Krankheit dank Marketing gefährlich wird 389

- Die Geschichte der Windpockenerkrankung* 389
- Die Krankheit Windpocken* 390
- Die Krankheit Zoster (Gürtelrose)* 392
- Die Behandlung der Windpocken* 394
- Die passive Impfung gegen Windpocken* 394
- Die aktive Impfung gegen Windpocken* 395
- Wie wirksam ist die Windpockenimpfung?* 397
- Verschiebung der Krankheit ins Erwachsenenalter* 398
- Vermehrte Gürtelrose dank Impfungen* 398
- Die Vermarktung des Windpockenimpfstoffes* 399
- Die Nebenwirkungen der Windpockenimpfung* 403
- Fazit* 405

Verzeichnis der Abkürzungen 408

Vorschau Band 2

In dem Folgeband sind Reiseimpfungen sowie die Impfung gegen Pocken und die Malaria prophylaxe detailliert beschrieben.

Cholera

Gelbfieber

Hepatitis A

Japan-Enzephal itis

Malaria

Pocken

Tuberkulose

Tollwut

Typhus

Ein grosses Kapitel ist den Tierimpfungen gewidmet, ihren Auswirkungen auf die Tiere, den Nebenwirkungen, Wirksamkeitsstudien sowie den dazugehörigen Krankheiten. Als bisher erstes Buch im deutschsprachigen Raum wird dieses Thema hier detailliert und profund beschrieben. Es werden Impfungen für folgende Tiere behandelt:

Katzen

Hunde

Pferde

Geflügel

sowie andere Tierarten

Grossen Raum nimmt ein eigenes Kapitel über die Zusatzstoffe in den Impfungen ein. Sie sind letztendlich hauptverantwortlich für die gravierenden Nebenwirkungen. Die Zusatzstoffe werden in ihrer Bedeutung, Herkunft und Wirkungsweise auf den Menschen und die Tiere detailliert beschrieben. Eine Sammlung dieser Fakten ist bislang einzigartig in der Literatur.

Formaldehyd

Thiomersal (Quecksilber)

Aluminium

Phenol

sowie ca. 200 andere Substanzen

Vorwort

von Dr. med. Johann Loibner

Schon viele Jahre bevor ich von AEGIS Schweiz und von der „Petek“ zum ersten Mal gehört hatte, musste ich mich unerwartet mit dem Thema Impfung auseinandersetzen. Schon länger war mir der Gedanke gekommen, dass die gefürchteten Seuchen der Vergangenheit nicht durch die Impfungen, sondern durch andere Dinge zurückgegangen sind. Jeder, der länger in der Heilkunde engagiert ist, erkennt wohl bald, dass für die Gesundheit und für die Genesung der Kranken die Umweltbedingungen, das so genannte Umfeld, also das *Milieu des Kranken* von entscheidender Bedeutung ist. Ich war etwa fünf Jahre in der Praxis, als ich zum ersten Mal über einen *Impfschaden* nachdenken musste. Eine treue Patientin, eine angesehene Persönlichkeit, machte mich höflich aber recht deutlich darauf aufmerksam, dass sie durch die Impfung gegen Grippe, die sie von mir erhalten hatte, eine längere, sehr unangenehme Beeinträchtigung ihrer Gesundheit erlitten hatte. Auf keinen Fall werde sie in Zukunft so etwas wieder mit sich machen lassen. Diese aufrichtige Zurechtweisung bewirkte, dass ich von der Grippeimpfung von jetzt an Abstand nahm.

Ein Jahr darauf wurde in Österreich eine Impfung gegen FSME auf den Markt gebracht. Von dieser Krankheit hatte ich wohl im Studium gehört, wusste aber bis zu diesem Zeitpunkt nicht, dass sie so häufig sein sollte. Plötzlich schien es geboten, alle, die sich in Wald und Wiese bewegen, gegen diese bisher doch seltene Krankheit durch Impfung zu schützen. Ich hatte darüber noch nicht so gründlich nachgedacht, als mich schon eine Gruppe von Sportlern, es waren erfolgreiche Orientierungsläufer, aufsuchte und mich um diese neue Impfung bat. Wenige Stunden danach riefen mich einige von den gerade geimpften Sportlern an, dass sie Kopfschmerzen und Fieber hätten. Bei einem von diesen beobachtete ich auch eine Nackensteifigkeit. Ich wartete nun ab und hoffte, dass das Ministerium, welches für diese Impfungen zuständig ist, wohl wisse, was dieses Medikament für Wirkungen mache. Zum Glück ließen die zunächst beunruhigenden

Symptome nach wenigen Tagen nach. Ich habe allerdings nicht erfahren, ob es später noch Folgen der Impfung an diesen Patienten gegeben hat. Wenige Wochen danach hatte ich meine große Praxis mit Kassenvertrag aufgegeben und begann eine kleine private Praxis. Ich wollte nicht mehr viele Patienten täglich oberflächlich abfertigen, sondern wenige Patienten im Tag behandeln und mich für diese gehörige Zeit nehmen. Diese Impfungen sollten die letzten sein, die ich in meinem Leben als Arzt durchzuführen hatte. Einige Monate nach diesen akuten Folgen der FSME-Impfung sah ich die ersten chronischen Folgen derselben Impfung. Bei einigen Kindern traten unmittelbar nach der Impfung Asthma und Neurodermitis auf. Nachdem die schlimmsten Symptome mittels homöopathischer Behandlung wieder gebessert waren, war ich aber sehr betroffen, dass nach den nächsten neuerlichen Impfungen, den „Auffrischimpfungen“, die Erkrankungen von neuem ausbrachen.

Das war der Anlass, dass ich von nun an das Thema Impfung genauestens zu studieren begann. Während des Medizinstudiums war das Thema Impfung nur am Rande gelehrt worden. Es war da ein einziges Seminar an einem Nachmittag. Allerdings wies der vortragende Professor schon darauf hin, dass durch die Impfung ein teilweise nicht vorauszusehender Prozess im Körper ausgelöst wird. Ich erinnere mich noch an seine zur erhöhten Aufmerksamkeit ratenden Worte, wenn wir später einmal impfen würden. Als erstes fiel mir ein Buch des prominenten naturheilkundlichen Arztes *M. Platen* in die Hände. Dabei war ich besonders von der Tatsache überrascht, dass im neunzehnten Jahrhundert viele Ärzte gegen die damalige Pockenimpfung aufgetreten waren. Es gab zahlreiche Vereinigungen von Ärzten und Laien, die auf Grund von häufigen und schwersten Schäden durch die Impfungen, den Impfzwang zu verhindern suchten.

Während ich noch am Nutzen der Impfungen rätselte, war eines Tages der deutsche Lungenfacharzt *Dr. Gerhard Buchwald* an die Universität Graz als Gastvortragender eingeladen worden. Der große Hörsaal war bis auf den letzten Platz gefüllt. In der ersten Reihe hatten die Dozenten der Kinderklinik Platz genommen. Es waren auch viele Studenten gekommen. In diesem Vortrag hatte mich *Dr. Buchwald* mit einem Schlag überzeugt, dass Impfen nie den Schutz bewir-

ken kann, der ständig propagiert wird. Nach dem Vortrag wurde er von einem Professor rüde beschimpft, während jener Professor, der uns das vorher erwähnte Impfseminar abgehalten hatte, dem Herrn *Dr. Buchwald* seinen Respekt zollte. Jetzt war es für mich klar, dass es nicht die Impfungen waren, deretwegen die großen Seuchen und die bösartigen Formen der meisten Kinderkrankheiten verschwunden waren, sondern dass die Lebensbedingungen: ausreichende Ernährung, sauberes Trinkwasser, menschenwürdige Wohnbedingungen, die Krankenpflege u. v. a. die gesundheitliche Verfassung der Menschen entscheidend verbessert hatten. Ich bin Herrn *Dr. Gerhard Buchwald* unendlich dankbar. Was dieser Arzt durch seine Arbeit für das Wohl der Menschen bewirkt hat, würde mehrere Nobelpreise verdienen.

Auch ich begann nun, in kleinen Artikeln und in Vorträgen den Sinn der Impfungen in Zweifel zu ziehen. Unter wirksamer Vorbeugung verstand ich nun andere Dinge als Impfungen. Kaum war ein kleiner Artikel von mir in einem unbedeutenden Provinzblatt erschienen, verlangten Arztkollegen aus der Umgebung eine disziplinarrechtliche Bestrafung durch die Ärztekammer. Nach einer ersten Verurteilung hob die Berufungsinstanz diese Strafe auf. Während der Verhandlung erklärte ein Angehöriger des Höchstgerichtes, dass ich solche Dinge sehr wohl schreiben könne. Dass man einen Arzt, noch dazu in einer demokratischen Ära zu einer Strafe verurteilt, weil er sich gegen Impfungen ausspricht, ist in der Geschichte der Impfungen neu. Sogar unter Zeiten der Monarchie hat es so etwas nie gegeben. Neben vielen andern Ärzten, haben auch höchst angesehene Autoritäten der Medizin wie *Ferdinand v. Hebra* oder *Adolf Kussmaul* bestritten, dass Impfungen Krankheiten verhindern können.

Nun geschah jenes Ereignis, durch welches ich zum heute engagierten Impfgegner werden sollte. Eine Mutter aus einfachem sozialem Stand erzählte mir die tragische und zugleich empörende Geschichte der FSME-Impfung an ihrer zehnjährigen Tochter. Die Mutter war zunächst dagegen, dass ihr Kind diese Impfung erhalten solle. Nach einer neuerlichen Verängstigung durch Bilder von Zecken gab die eingeschüchterte Mutter schließlich nach und ließ ihr bis dahin gesundes und lebensfrohes Kind impfen. Wenige Stunden danach

erkrankte es mit hohem Fieber und Kopfschmerzen, musste deswegen in die Klinik, wo sie etliche Wochen wegen FSME-Impf-Meningoencephalitis behandelt wurde. Sie ist leider nicht gesund geworden, sondern leidet seither an schwerem *Diabetes mellitus vom Typ I.* - Jetzt aber geschah erst das unfassbare. Der ratlosen und nach Erklärung suchenden Mutter sagten die Ärzte, dass dies alles mit der Impfung nicht im Geringsten zu tun habe. Diese Krankheit sei zufällig zur gleichen Stunde aufgetreten. Wissenschaftlich ließe sich ihre Vermutung auf keinen Fall beweisen. Das komme in der Medizin öfter vor . . .

In den letzten Jahren sind nun weitere Impfungen gegen Krankheiten aufgekommen, von denen sowohl Ärzte wie auch die Laien, gar nicht gewusst haben, dass diese so häufig und bedrohlich sein sollen. Die Impfpropaganda erreicht durch die Verängstigung der Menschen, dass die meisten von ihnen zu den Impfungen gehen und auf jene Sicherheit hoffen, die auf allen Gassen versprochen wird.

Mit der Anzahl der Impfungen nehmen natürlich auch die Krankheiten durch die Impfungen zu. Dass es zu Erkrankungen durch Impfungen kommt, ist selbst jenen Menschen gar nicht oft klar, die unmittelbar nach der Impfung krank werden. Erst wenn diese Menschen darauf aufmerksam gemacht werden, dass zum Beispiel ihr nun krankes Kind bis jetzt gesund gewesen war und erst seit der Impfung krank wurde, beginnen sie darüber nachzudenken und entdecken die Ursache für das jetzige Leiden. — Wenn sie nun zu den Ärzten gehen, die geimpft haben und sie auf diesen Zusammenhang aufmerksam machen, ernten sie in der Mehrheit der Fälle wenig Verständnis. Die hervorgerufene Krankheit wird entweder heruntergespielt, etwa als harmlose oder sogar gute *Impfreaktion* dargestellt, oder der Zusammenhang wird unter Berufung auf die ärztliche Autorität oder den Segen, den uns die Impfungen gebracht haben, einfach geleugnet.

Viele Menschen, ob aus gebildetem oder weniger gebildetem Stande, leiden unter dieser zunehmend unerträglichen Situation. Im persönlichem, vertrauensvollen Gespräch bringen sie ihren Verdacht, dass diese Sache nichts anderes als ein Geschäft sei, zum Ausdruck, die meisten von ihnen getrauen sich aber nicht mit ihren zuständigen Ärzten darüber aufrichtig zu sprechen.

Immer wenn ein Buch herauskommt, stelle ich die Frage, ob dieses Buch notwendig ist. Warum schreibt dieses Buch nicht ein Arzt oder eine Ärztin? Ich erwähnte vorher, dass von einer mächtigen nichtmedizinischen Kraft ein ungeheuerer Druck auf die Ärzteschaft ausgeübt wird. Wenn also Ärzte nicht frei sprechen dürfen, dann müssen andere ihre Stimme erheben. Wenn es dabei noch dazu besonders um unsere Kleinen geht, ist es wohl an der Zeit, dass sich wieder einmal die Mütter zur Wehr setzen. —

In der Geschichte ist es wiederholt vorgekommen, dass in Zeiten der Unterdrückung Frauen aufgestanden sind und sich mit Mut, Beharrlichkeit und mit dem Einsatz ihres Lebens erfolgreich zur Wehr gesetzt haben. Ich denke da an *Jeanne d'Arc* die *Jungfrau von Orléans* oder an die Geschichte von *Judith und Holofernes*. Seit ich die Sozialpädagogin aus der Schweiz, Frau *Mag. Anita Petek-Dimmer* zum ersten Mal habe sprechen hören, habe ich mich noch mehr als bisher entschlossen, die Menschen über den Unwert der Impfungen aufzuklären. Jeder naturwissenschaftlich ausgebildete Arzt ist in der Lage die Nutzlosigkeit der Impfungen zu erkennen, wenn er nur einige Kapitel der Impftheorien zu hinterfragen beginnt. Und es sind gar nicht so wenige Ärzte, die vom Impfen weniger als nichts halten. Es ist weniger der Glaube an den Schutz durch Impfungen, es ist vielmehr der unglaubliche Druck auf die Ärzteschaft durch außermedizinische Interessensgruppen, dem sich die Ärzte beugen müssen. So ist es nun die Aufgabe von Frau *Petek* geworden, gegen ein himmelschreiendes Unrecht an unschuldigen Kindern und auch ahnungslosen Erwachsenen aufzutreten. Wenn sie in ihren Vorträgen spricht, kommen in kleine Dörfer Hunderte von Menschen. Ich habe die Mütter beobachtet, wie sie mit wissender Miene schweigend und nickend dem zustimmen, was Frau *Petek* erzählt. Und sie wissen, dass das stimmt und wahr ist, was sie in ihren Vorträgen ihren Leidensgenossinnen, den Müttern, offenbart. Sie haben ohnehin schon immer gedacht, dass das mit den Impfungen so sein muss.

In dem vorliegendem Buch hat *Mag. Anita Petek-Dimmer* an Umfang reiche Quellen herangezogen, sie gründlichst studiert und in einer verständlichen Art interpretiert. Hier ist der aktuelle Stand des Wissens, nicht der Stand der Lehrmeinung aus dem vorigen Jahrhun-

dert, zusammengefasst. Ich getraue mir zu behaupten, dass es zurzeit keinen Arzt gibt, der über so viel Wissen und Einsicht zur Materie Impfung verfügt wie Frau *Petek*. Wer dieses Buch auch nur teilweise liest, wird ohne schlechtes Gewissen das Thema Impfung ad acta legen können.

Oft frage ich mich nach den Motiven, welche die Autorin bewegen, so ernst und unermüdlich zu studieren, die Strapazen ihrer Vortragsreisen auf sich zu nehmen, der notwendigen Stunden Schlaf, die sie bräuchte, zu entbehren. Es ist offenbar das starke und mitfühlende Herz einer Mutter, die etwas erkannt hat. Wertlose Spekulationen, kühne Theorien, eitles Experimentieren und im Hintergrund riesige Geschäfte helfen unseren Kindern nicht. Was uns Not tut? Die Ohren spitzen, unsren gesunden Menschenverstand gebrauchen und die Kinder wieder selbst an der Hand führen.

*Dr. Johann Loibner
Arzt für Allgemeinmedizin
Ligist bei Graz, 21. März, 2004*

Einführung

Die Medizin irrt in eine falsche Richtung

Wenn wir die Geschichte der Medizin zurückverfolgen, so erkennen wir, dass es immer wieder Ärzte gab, die bahnbrechende und wegweisende neue Ideen einbrachten und so der Heilkunst einen weiteren Entwicklungsschritt ermöglichten. Die zwei grössten Persönlichkeiten der griechischen und römischen Antike waren Hippokrates von Kos und Galenos von Pergamon. Ihre Art der Medizin war fast 2000 Jahre richtungsweisend. Zu den bedeutendsten Ärzten im Mittelalter gehörte Theophrast von Hohenheim, besser bekannt als Paracelsus. Er fegte wie ein Revolutionär durch die damalige ärztliche Kunst, hielt seine Vorlesungen auf deutsch, kritisierte, polternd und rücksichtslos die Medizin seiner Zeit. Schliesslich musste er 1528 sogar aus Basel fliehen. Heute wird er von der Medizin verehrt und allerorten zitiert. Doch was geschähe, wenn er heute nochmals käme? Er würde wieder mit dem Drahtbesen auskehren müssen, denn wieder sind wir an einem Punkt angelangt, an dem es zwingend zu einer Änderung kommen muss. Ein weiterer Meilenstein war das Wirken und Forschen von Samuel Hahnemann, dem Entwickler der Homöopathie. Er hatte erkannt, dass es ein Fehler ist, nur Symptome zu behandeln und dass wir lernen müssen, den Menschen wieder in seiner Ganzheit zu sehen.

Wenig später dann kam die Medizin von ihrem Weg ab und irrt seit den von Robert Koch und Louis Pasteur aufgestellten Dogmen in eine völlig falsche Richtung. Nicht nur wurde jetzt der Mensch als Ganzes völlig aus den Augen verloren, sondern er wurde in Einzelteile zerlegt und auf Organe und Zellen, schlimmer noch, auf Bakterien, Viren und Co. reduziert. Aus Ärzten wurden Mediziner und sind es bis heute mit wenigen Ausnahmen auch geblieben. Auf diesem Glaubensgerüst, dass Mikroben uns krank machen und durch Medikamente und Impfungen vertrieben werden können, hat sich ein gigantischer Wirtschaftszweig entwickelt, der nach der Rüstungsindustrie das mächtigste Geschäft ist. Die Pharmaindustrie diktieren sowohl den Patienten wie auch den Ärzten ihren Willen auf. Produziert, angewandt

und verkauft wird ausschliesslich was für sie rentabel ist und nicht was zum Wohle des Patienten gereicht. Wenn unsere heutige Medizin wieder zurück auf den richtigen Weg wollte, wo man den Menschen als Ganzes erkennt und die wahren Ursachen der Krankheiten nicht in Mikroben sieht, dann würde unsere Pharmaindustrie zum grössten Teil überflüssig werden und mit ihr fast alle Apparatehersteller von medizinischen Geräten. Weil nicht sein kann was nicht sein darf, wird daher das Bild einer mikrobenübersäten, bedrängten und gefährdeten Menschheit mit allen Mitteln weiter aufrecht erhalten. Für die Zustände in der heutigen Medizin klage ich nicht den Ärztestand an, sondern einzig und allein die Pharmaproduzenten. Sie haben es geschafft, den einzelnen Arzt vom Opfer zum Täter zu machen, indem sie die Aus- und Weiterbildung fest in ihrer Hand haben und durch die Medikamente Druck auf die Behandlung in der täglichen Praxis ausüben. Durch die ärztlichen Standesorganisationen und Behörden haben sie zudem ein probates Mittel, jeden Arzt zu kontrollieren.

Es muss eine Änderung stattfinden, wollen wir nicht am Grössenwahn der Forschung zugrunde gehen. Stichworte wie Gentechnik, Klonen, Organtransplantation, etc. lassen erahnen, was noch auf die Menschheit zukommt, wenn wir nicht jetzt einen Riegel vorschieben. Mit meiner Arbeit möchte ich einen kleinen Beitrag zur Gesundheit unserer Kinder und deren Enkel beitragen. Seit mehr als zehn Jahren befasse ich mich intensiv mit dem Thema Impfen und musste feststellen, dass Ärzte in ihrer Ausbildung wenig bis nichts dazu erfahren. Ihnen werden in ihrer Ahnungslosigkeit Impfstoffe in die Hand gedrückt, die dann unter Umständen schwerstes Leid verursachen. Die Aufklärung über die wirklichen Gefahren der Impfung habe ich mir zur Aufgabe gemacht. Mit Menschen mit den gleichen Interessen haben wir den Verein AEGIS Schweiz gegründet, der dann schliesslich zur Gründung von AEGIS Österreich geführt hat. Von den beiden Organisationen wird in beharrlicher Kleinarbeit Aufklärung geleistet durch Laienvorträge und ganztägige Veranstaltungen wie z.B. das österreichische und schweizerische Impfforum. Seit kurzem kommen immer mehr Anfragen zu Vorträgen an Ärztekongressen oder Fortbildungen vor Hebammen, Krankenschwestern und Heilpraktikern. Dies hat uns ermuntert, PathoVacc ins Leben zu rufen, eine kri-

tische ganztägige Veranstaltung zum Thema Impfen, die nur für Ärzte bestimmt ist. Von AEGIS wird auch die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift AEGIS IMPULS herausgegeben, ein Forum für Impfproblematik und neue Wege in Gesundheit, Medizin und Gesellschaft.

Dies alles kann nur geleistet werden durch den beharrlichen und steten Einsatz von vielen helfenden Händen. Es ist mir daher ein besonderes Anliegen, meine grosse Dankbarkeit an die Menschen zu richten, die mir in meiner Arbeit weitergeholfen haben, bzw. mich unterstützen und durch ihre Freundschaft eine unermessliche Hilfe sind. Hier möchte ich insbesondere Dr. G. Buchwald sowie Dr. J. Grätz erwähnen. Den vielen (vor allem österreichischen) Ärzten, mit denen mein Mann und ich nächtelange, hitzige und fruchtbare Diskussionen führten gebührt ebenfalls Dank. Ein spezieller Dank geht an Dr. J. Loibner und seine liebe Frau Franziska, Obfrau von AEGIS Österreich, die mich gelehrt haben, niemals aufzugeben, wenn man die Wahrheit auf seiner Seite hat. Der grösste Dank aber gebührt meinem lieben Mann Vlado und unseren Kindern Désirée und Oliver. Ohne ihre Hilfe und Unterstützung wäre weder AEGIS entstanden, noch wäre ich in der Lage, diese intensive und verantwortungsvolle Arbeit zu leisten.

Littau, den 29. Februar 2004

Geschichte der Impfungen

Die wackelnden Podeste der Impfpioniere

Wenn man alte medizinische Schriften liest, so stellt man erstaunt fest, dass es zwei unterschiedliche Richtungen gab. Eine Mehrheit der damaligen Ärzte vertrat die Säftelehre, auch Humoralpathologie genannt. Man ging davon aus, dass Krankheiten durch ein gestörtes Körpermilieu entstehen würden. Ein Teil der Ärzte glaubte jedoch, Krankheiten würden durch Dämonen oder magische, von aussen kommende Einflüsse entstehen. Diese Richtung nannte man Zellularpathologie. Ärzte und Forscher wie z.B. Claude Bernard oder Antoine Bechamp belegten bereits vor mehr als 100 Jahren, dass Krankheiten ausschliesslich durch ein gestörtes Körpermilieu entstehen. Zu der damaligen Zeit entstand ein Streit zwischen den Anhängern der beiden Richtungen. Die beiden wichtigsten Forscher, die sich für die Zellularpathologie aussprachen, waren Louis Pasteur in Frankreich und Robert Koch in Deutschland. Sie waren der Meinung, dass jede Krankheit von einem bestimmten Erreger ausgelöst wird. Kannte man den Erreger, so musste man nur noch ein bestimmtes Medikament entwickeln und schon war die Krankheit besiegt.

Der Gedanke des Impfens als Prophylaxemassnahme gegen verheerende Seuchen in vergangenen Zeiten ist nur allzu verständlich. Wusste man doch damals nichts über die wahre Ursache der betroffenen Erkrankungen und geeignete Vorkehrungsmassnahmen. Dazu kam noch, dass die meisten Erkrankungen falsch behandelt wurden, was nicht nur die Erkrankungsfälle, sondern vor allem auch die Todesrate massiv erhöhte. Als Beispiele seien hier nur kurz die Pest und die Pocken zu nennen. Bei der Pest warnten die damaligen Ärzte die Bevölkerung vor Waschungen, bzw. vor dem Baden. Aber genau die mangelnde Hygiene war es, die die Pest erst ausbrechen liess. Bei den Pocken wurde die Krankheit noch bis in die Neuzeit hinein falsch behandelt. Man liess die Kranken zur Ader, getraute sich nicht die Fenster zu öffnen und liess sie schwitzen, anstelle für frische Luft zu sorgen und kühle Wickel anzulegen. Durch diese Massnahmen kam es zu meist schlimmen, oft tödlichen Verläufen der Erkrankung. So

versuchte man also, eine Prophylaxe für die Krankheiten zu finden, anstelle den Ursachen auf den Grund zu gehen. Übrigens ein Verhalten, dass auch heute noch angewandt wird. Ich möchte hier nur kurz an die SARS-Hysterie erinnern, bei der niemand über die Ursache, aber alle von einer Impfung sprechen.

Wir versuchen also heute immer noch das Pferd von hinten aufzuzäumen. In der Medizin wie in der Geschichte ist man scheinbar nicht fähig, aus alten Erfahrungen anderer zu lernen. Denn bereits vor Jahrhunderten gab es weitdenkende, offene Ärzte, die durch eine gute Beobachtungsgabe für ihre Zeit geradezu ketzerische Behandlungsmethoden vorschlugen und mit Erfolg anwendeten. Thomas Sydenham und Haygarth sind Beispiele dafür, wie mutige Ärzte schon früh der richtigen Pockenbehandlung und ihrer Ursache auf die Spur kamen. Doch es braucht bekanntlich viel um eine bestehende, aber falsche Lehrmeinung aus der Welt zu schaffen.

Vermutlich wurde im römischen Reich bereits gegen die Pocken geimpft. Indische Brahmanenpriester impften im 1. Jahrhundert n. Chr. bei mystischen Zeremonien ebenfalls gegen die Pocken. Allerdings handelte es sich hier nie um eine Prophylaxe sondern immer nur um religiöse Rituale. Um das Jahr 1300 entstand das saleritansche Lehrgedicht, in welchem die Inokulation der Pocken als Schutz- und Vorbeugungsmittel beschrieben wird. Im Jahr 1774 nahm der englische Farmer Benjamin Jesti aus Dorset Eiter aus den Pocken seiner Kuh und brachte ihn unter die Haut seiner Familie. In Deutschland gab es ebenso zur gleichen Zeit Bemühungen aus dem Volk selber. Dass also Edward Jenner der „Vater der Impfungen“ sei, wie wir ihn heute mit verklärtem Blick nennen, trifft nicht zu. Höchstens die Bezeichnung „kommerzieller Vater“ kommt der Wahrheit bedenklich nahe, hat doch Jenner an seinen Impfungen ein Millionenvermögen verdient und der heutigen Pharma den Weg in eine goldene Zukunft gezeigt. Unsere heutige, angewandte Medizin mitsamt ihrem Impfglauben beruht auf den Versuchen, bzw. Experimenten der Impfpioniere Jenner, Koch und Pasteur. Wenn man sich allerdings ältere, medizinische Literatur zu Rate zieht, so stellt man fest, dass dieses Glaubensgerüst schnell ins Wanken gerät, bzw. gewisse Glorioscheine zu verblassen beginnen.

Schauen wir uns den Werdegang der Pockenimpfung an, so stellen wir fest, dass hier einige Ungereimtheiten aufgetreten sind, die aber im Verlaufe der Jahrhunderte scheinbar vertuscht wurden. Edward Jenner hat in seinem 1798 veröffentlichten ersten Bericht 23 Fälle erwähnt, die seine Theorie von der Kuhpockenimpfung untermauern sollten. Vierzehn davon waren Personen, die angeblich an Pocken erkrankt waren, und später trotz Kontakten zu Pockenkranken gesund blieben. Diese Personen waren alle ungeimpft. John Baker, ein 5jähriger Bub, starb wenige Tage nach der Impfung. Dies wird in Jenners Bericht mit keinem Wort erwähnt. Erst in seiner zweiten Veröffentlichung von 1799 geht er darauf ein, und auch nur am Rande. Einzig vier Fälle kann man als echte Beweise gelten lassen. Er beschrieb kurz mit wenigen Worten die Reaktion nach der Impfung, gab meist nicht einmal das Datum der Impfung oder das Alter der Person an. Alle vier Fälle, die man als echtes Beweismaterial anerkennen kann, impfte er wenige Wochen vor Abfassung seiner Schrift „Inquiry“. Dass heisst, es gab weder eine Nachbeobachtungszeit, noch war geklärt, wie viel und wie lange der Schutz der Impfung zu berechnen sei. (*s. hierzu das ausführliche Kapitel über die Pocken in Band 2*).

Unsere Wissenschaft und die heutige, gängige Medizin mit ihrer gesamten Impfindustrie bauen ihren Glauben an die Pockenimpfung auf ein wackelndes Fundament von vier Fällen auf und impfen auf dieser niemals nachträglich bewiesenen Grundlage seit 200 Jahren mehr oder weniger die gesamte Menschheit. Doch es kommt noch schlimmer, wenn wir uns einer anderen Ikone der Impfgeschichte, nämlich Louis Pasteur, zuwenden. Um zu beweisen, dass der Erreger ansteckend ist, entnahm er an Tollwut verendeten Hunden Gehirnmasse und spritzte sie in das Gehirn gesunder Hunde. Diese Hunde bekamen nun alle neurologische Probleme, die sich in Krämpfen, Aggressivität, Ruhelosigkeit, etc. zeigten. Daraus schloss Pasteur unweigerlich, dass diese Hunde ebenfalls an Tollwut erkrankten. Wenn man aber von einem gesunden Lebewesen gleich welcher Art Gehirnmasse entnimmt und führt sie in das Gehirn eines anderen Lebewesens gleich welcher Art ein, dann entstehen grundsätzlich immer neurologische Probleme! Das hat mit Tollwut nichts zu tun! Pasteur beschrieb seine eigene Arbeit indem er sagte, man müsse einen Men-

sehen durch wiederholte Einspritzung des Impfstoffes dazu bringen, dass sein Organismus zur Bildung von Antikörpern angespornt würde, bevor also die Wanderung des „Strassenvirus“ (Wildvirus) von der Eintrittspforte zum Gehirn beendet sei. Mit der Wutschutzimpfung soll demnach „das schnellere Pferd gesattelt werden“, um das „Hundevirus“ durch das „Kaninchenvirus“ zu überholen. Das war auch der Grund für die Verwendung von Kaninchen. Da sie bekanntlich schneller sind als Hunde ist nach seiner Logik das Kaninchenvirus auch schneller als ein Hundevirus. Das nennt sich Wissenschaft. Und auf dieser Grundlage basiert unsere Tollwutimpfung!

Am 6. Juli 1885 kam eine Mutter aus dem Eisass mit ihrem jährigen Sohn Josef Meister zu Pasteur. Der Junge war 48 Stunden vorher an 14 Stellen von einem tollwütigen Hund gebissen worden. Pasteur beschloss nach einer Beratung mit zwei Pariser Ärzten und laut Chronisten unter „schweren, seelischen Kämpfen“, den Jungen zu impfen. Der Bub wurde nun von ihm mit einer Suspension von 14 Tage lang getrocknetem Rückenmark eines Kaninchens geimpft. In den folgenden Tagen kamen dann nach und nach in immer kürzerer Zeit getrocknete Marksorten zur Anwendung. Der Impfstoff wurde langsam unter die Bauchdecke eingespritzt, wobei täglich die Körperseite gewechselt wurde. Die Behandlung dauerte drei Wochen und der Bub „blieb gesund“. In Pasteurs Aufzeichnungen steht nicht, dass er den Jungen geheilt hatte, sondern, dass der Junge „gesund blieb“, (*s. auch im Kapitel Tollwut in Band 2*). Durch diesen einzigen und alleinigen Fall wurde Pasteur berühmt und die Tollwutimpfung wurde in das Repertoire der Impfungen aufgenommen und bis heute nicht hinterfragt. Ich wage dennoch Fragen zu stellen und behaupte, dass der Hund, der Josef Meister gebissen hatte, nicht tollwütig war.

Bei den folgenden Betrachtungen bitte ich den Leser ausnahmsweise davon auszugehen, dass die Impfungen und hier die Tollwutimpfung im speziellen, einen Schutz vor der Krankheit geben. Pasteur wandte bei seiner Impfung die aktive Impfung an, da er von den Immunglobulinen, der sogenannten passiven Impfung noch nichts wusste. Wenn wir nun davon ausgehen, dass der Hund tollwütig war, so hätte der Bub sofort aktiv und passiv gegen Tollwut geimpft werden müssen, so wie man es heute tut. Eine passive Impfung soll sofort

einen Schutz geben, wo hingegen eine aktive Impfung erst noch Antikörper anregen soll. Kommt noch erschwerend hinzu, dass der Biss des Tieres länger als 48 Stunden zurücklag. Pasteur brauchte zudem noch Zeit, um seine beiden Kollegen in Paris zu konsultieren. Da er weder E-Mail noch Telefon besass, ging auch hier wieder eine beträchtliche Zeit verloren. Nach heutigem schulmedizinischem Wissensstand aber muss eine passive Impfung gegen Tollwut in den ersten 24 Stunden nach der Infizierung erfolgen, da ansonsten die Impfung keinen „Schutz“ mehr verleiht, d.h. der Gebissene erkrankt an Tollwut.¹ Als weiterer Faktor kommt noch hinzu, dass nach heutigen medizinischen Begriffen die Lokalisation des Impfstoffes, nämlich in die Bauchdecke, absolut falsch war. Da der Bub trotz falsch angewandter, bzw. nicht schützender Impfung nicht erkrankte, muss zwingend angenommen werden, dass der Hund, von dem er die Bisse erhielt, nicht tollwütig war. Die gängige Medizin hat sich auch nie gefragt, wie ein Chemiker Tollwut diagnostizieren konnte! Pasteur selber war nicht Arzt, sondern Chemiker.

Warum die damalige Wissenschaft und mit ihr ganz Frankreich, Louis Pasteur als Nationalhelden feierte, hatte weniger mit seiner Tollwutimpfung an sich zu tun, als vielmehr mit der Tatsache, dass Robert Koch 1882 den Tuberkuloseerreger entdeckte. Um das zu verstehen, muss man in der Geschichte etwas zurückdenken. Frankreich und Deutschland hatten, trotzdem sie Nachbarn waren, viele Kriege gegeneinander geführt und man machte auch kein Hehl aus seiner Abneigung gegen den jeweiligen Nachbarn. Sobald nun eine der beiden Nationen, egal auf welchem Gebiet auch immer, etwas erreichte, entstand ein Konkurrenzdruck und das andere Land musste schnells tens nachziehen. Dies dürfte auch der eigentliche Grund dafür sein, warum Pasteur nach nur einem einzigen nachgewiesenen Fall einer Tollwutimpfung sofort Weltruhm erlangte. Hier geriet die Wissenschaft unter den Druck der Politik, was heute auch noch oft passiert. Unter diesen Umständen kann von einer neutralen und objektiven Wissenschaft keine Rede mehr sein. Mit dem Milzbrand hatte es eine ähnliche Bewandtnis. Übrigens hat Professor Delafond, Direktor der Veterinärschule in Paris 1856 bei Untersuchungen wegen Milzbrand viele Kaninchen infiziert und damit zugleich den Begriff des

„Versuchskaninchens“ in die Bakteriologie eingeführt²

Robert Koch musste sich damals mit seiner neuen Theorie gegen die pleomorphistische Theorie, nach der alle Bakterienarten unter verschiedenen Umweltbedingungen ineinander übergehen, durchsetzen. Heute kann selbst ein Laie am Mikroskop nachvollziehen, dass Koch und Pasteur mit ihrer neuen Annahme über die Bakterien im Unrecht waren. Doch weil die These der beiden durch die Politik von Deutschland und Frankreich gesteuert und forciert wurde, ging sie als Dogma bis zum heutigen Tag in die gängige Medizin ein.

Als Grundlage über die Infektionsvorgänge im tierischen Organismus gingen die Versuche Pasteurs in die Geschichte ein. Anhand der Koch'schen Postulate versuchte Pasteur verschiedene Tierarten mit Milzbrandbazillen anzustecken. Damit seine Versuche auch zu einem für ihn positiven Ergebnis führten, tat er folgendes: Milzbrandbazillen gedeihen am besten bei einer Temperatur von 37 °C, folglich sind Tiere mit einer abweichenden Körpertemperatur automatisch geschützt. Er kühlte Tauben also auf 37 °C ab und erwärmte Frösche auf 37 °C und siehe da, sie infizierten sich. Man nennt diese unnötigen und in keinster Weise beweisträchtigen Tierquälereien stolz die ersten wissenschaftlichen Versuche.

Pasteur war übrigens ein Meister im Verfälschen seiner Tagebücher, wie wir seit wenigen Jahren wissen. Er legte seiner Familie im Jahr 1878 ans Herz, nie die privaten Aufzeichnungen seiner Laborzeit zu veröffentlichen. Damals, als 56jähriger, genoss Pasteur bereits den Ruhm eines französischen Nationalhelden. Seiner Bitte um Diskretion leistete seine Familie knapp 100 Jahre lang Folge. 1964 jedoch vermachte der letzte männliche Nachfahre Pasteurs das gut 10000 Seiten umfassende „Privatwerk“ der Bibliothèque Nationale de Paris. Mit der Herausgabe seiner 100 Notizbücher geriet der Sockel des gefeierten Chemikers und Mikrobiologen post mortem ins Wanken. Dr. Gerald L. Geison vom Historischen Institut der Universität Princeton in New Jersey entdeckte in den privaten Einträgen Pasteurs eine Reihe gravierender Diskrepanzen zu seinen publizierten Arbeiten. Mit Überraschung stellte er bei seinem fast zwanzigjährigem Studium von Pasteurs Doppelwerk fest, dass sich der Franzose im Labor gelegentlich sehr unwissenschaftlicher Methoden bediente. Hatte er

eine Idee vor Augen, waren alle Versuche nur noch auf deren Beweisführung gerichtet. Negative Resultate erschienen oft nur im Notizbuch, nicht jedoch auf den massgeblichen Papieren. Pasteur benutzte laut diesen Notizen auch einen anderen Impfstoff gegen Milzbrand als er offiziell angegeben hatte.³

Berühmtheit mit seiner Milzbrandimpfung erlangte Pasteur durch eine grossartige Show, die er mit „viel Sinn für theatricalisches Auftreten mit pathetischen Posen“ einer grossen Zahl von Schaulustigen, Journalisten und Veterinären am 31. Mai 1881 vorführte. Man brachte 48 Schafe nach Pouilly-le-Fort und Pasteur impfte die Hälfte der Tiere. Nach 14 Tagen wiederholte sich das Spektakel. Noch weitere zwei Wochen später wurden alle Tiere mit Milzbranderregern angesteckt. Und siehe da, am Morgen des kommenden Tages waren von den unbehandelten Schafen nur noch zwei Tiere am Leben, während von den geimpften Schafen alle munter und wohllauf waren. Die Presse jubelte und noch innerhalb eines Jahres wurden in der gleichen Gegend fast 80'000 Schafe geimpft. Viele fragten sich zu Recht, was in dem Impfstoff gewesen sei. Denn nur Pasteur selber, nicht etwa seine Assistenten Roux, Chamberland oder Thuillier wussten über den Inhalt der gespritzten Seren Bescheid. Hier fand ein Riesenspektakel um eine Impfung statt, die auch heute noch kein Ende nimmt.

Die „Berühmtheit“ Pasteurs drang bis nach Russland. Ilja Metschnikow, Leiter des bakteriellen Institutes in Odessa reiste 1887 nach Paris um Impfstoff für die russischen Schafe zu besorgen. Doch er glaubte tatsächlich an einen Schutz durch die Impfung und deswegen ereignete sich in Russland leider etwas anderes als in Frankreich: Von 4412 geimpften Schafen starben schon nach der ersten Impfung 3549 Tiere. Metschnikow musste Hals über Kopf Russland verlassen, da die aufgebrachten Bauern ihn sonst gelyncht hätten.⁴

Mit der Entdeckung des Milzbranderregers hatte nicht nur die Medizin zu tun, sondern auch die Rüstungsindustrie. Seit 1941 gab es in England Pläne, „Milzbrandbomben“, gefüllt mit Sporen des Erregers über deutschen Grossstädten abzuwerfen. Auf der 1,5 km breiten und 3 km langen, seit mehr als 100 Jahren unbewohnten Insel Gruinard an der Nordwestküste Schottlands testete man die erste Bombe an 60 Schafen aus. Insgesamt 23mal sind solche Versuche auf der Insel

gemacht worden. 1942 wurde die Produktion aufgenommen; England war aber nicht in der Lage, die notwendigen Mengen selber herzustellen. So baten sie die USA um Unterstützung. Nach weiteren Experimenten in den USA wurde dann dort die Produktion aufgenommen. Die britische Planung sah vor, Bomben über Berlin, Frankfurt, Hamburg, Stuttgart und Wilhelmshaven abzuwerfen. Dadurch wären diese Städte für mehr als 100 Jahre unbewohnbar geworden. Der Grund, warum es nicht zu einem Einsatz kam war, weil erst Mitte 1945 die benötigte Menge von Erregern zur Verfügung gestanden wäre, aber im Mai die ganze Aktion hinfällig wurde durch die Kapitulation Deutschlands. Wie schlimm diese Bombardierung Deutschland getroffen hätte, sieht man an der schottischen Insel. Erst in den achtziger Jahren setzte die britische Regierung ein umfassendes Desinfektionsunternehmen in Gang, das den britischen Steuerzahler umgerechnet € 750 Millionen Euro kostete. Milzbrandbazillen bilden im Erdboden erst unterhalb einer Tiefe von 2 m keine Sporen mehr, d.h. man müsste das ganze Erdreich abtragen.⁵

Nach diesem kurzen Abstecher in die Geschichte der Impfungen sollten wir verstanden haben, dass Wissenschaft immer neutral und objektiv sein muss. Nur dann ist gewährleistet, dass sie zum Wohl für uns und unsere Kinder beiträgt. Politisches Kalkül oder die Aussicht auf einen hohen finanziellen Gewinn beeinträchtigen diese altruistischen Ziele und dürfen nicht erlaubt sein. Denn wir müssen uns bewusst sein, dass Gesundheit unser höchstes Gut ist und wir nicht erst darüber nachdenken dürfen, wenn sie der Krankheit bereits Platz gemacht hat.

¹ Schmitt H, Impfungen 2000, ecomed, Seite 144

² Winkle S., Kulturgeschichte der Seuchen, Komet 1997

¹ Geison G., The private Science of Louis Pasteur, Princeton University Press, 1995

⁴ Zeiss H., Fortschr Med 7 (1889) 100-101

⁵ Winkle S., Kulturgeschichte der Seuchen, Komet 1997

Verursachen Mikroben Krankheiten? Das Milieu ist alles — die Mikrobe ist nichts

1910 belegte Dr. E. C. Rosenow von den Mayo Biological Laboratories, dass Bakterien ein anderes Leben fuhren, als bis anhin angenommen worden war. Durch die Lehren von Pasteur und Koch, die zwar anfänglich nur zögerlich, dann aber mit grossem Eifer von den Ärzten angenommen wurden, ging der Mensch als Gesamtheit aus den Augen verloren. Fortan - und bis heute ist es leider so geblieben - wurde nach Bakterien, Viren und Pilzen gesucht. Und sie wurden gefunden. Die wirklichen Ursachen der Krankheiten wurden nicht beachtet, man verleugnete sie. Erschwerend kommt noch hinzu, dass auch der Patient selber oftmals froh und dankbar um Viren, Bakterien und Co. ist, hat er doch jetzt für sich und seine Gesundheit keine Verantwortung mehr. Er darf getrost Naturgesetze übertreten, indem er sich z.B. falsch ernährt. Das beste Beispiel für die Unsinnigkeit unseres Mikrobenwahns dürfte die Entdeckung des Helicobacter pylori sein. Alle Magengeschwürpatienten dürfen jetzt aufatmen, nicht ihr gestresstes, gehetztes, unausgeglichenes Leben ist schuld, sondern ein böses Bakterium! Auch zu der Gesundung muss der Patient nichts mehr selber beitragen. Anstelle den Lebensstil zu ändern, schluckt er jetzt Pillen und Pülverchen. Er hat seine Verantwortung sich selber und seiner Gesundheit gegenüber an den „Experten“ abgegeben.

Doch kehren wir zurück zu Dr. Rosenow. Er demonstrierte anhand einer ganzen Reihe von Experimenten, dass simple Bakterienformen wie z.B. die Streptokokken sich in Pneumokokken verwandeln, wenn man kleine Veränderungen in ihrer Umwelt vornimmt. Wenn er aber Pneumokokken mit Eiter futterte, verwandelten sie sich blitzschnell in Streptokokken. In unzähligen anderen Versuchen gelang es ihm, Bakterien gleich welcher Art auch immer, in andere Arten zu verwandeln, wenn er sowohl ihre Nahrung als auch ihr Umfeld veränderte.¹ Andere Bakteriologen folgten Rosenow und alle hatten die gleichen Resultate. Zwei Bakteriologen aus New York gelang es, Kokken, die kugelförmigen Bakterien in Bazillen zu verwandeln.² Das was hier entdeckt worden war, nennt man Pleomorphismus. Der

Ausdruck bedeutet soviel wie Vielschichtigkeit. „Pleomorphismus innerhalb einer Population ist für Bakteriengattungen charakteristisch, häufig von Kultivierungsbedingungen abhängig“, schreibt selbst die heute gängige Medizin.³

In Laufe der verschiedenen Untersuchungen gelang es Rosenow aufzuzeigen, dass die Bakterien die im Anfangsstadium der Eiterbildung gefunden wurden, unveränderbar Streptokokken waren, wo hingegen zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Blutzellen mehr und mehr zerfallen und die chemischen Reaktionen sich verändern, sie sich in Staphylokokken verwandeln. Diese Bakterien können ihre strukturelle Identität in einem fremden Medium nicht erhalten. Ebenso können sie in einer ihnen fremden Umwelt sich nicht als eigene Art entwickeln. Nimmt man ihnen ihre exklusive Art von Nahrung und entfernt sie von ihren angepassten Gewohnheiten und füttert sie mit anderer Nahrung, so verwandeln sie sich blitzartig in die Ursprungsform ihrer neuen Umgebung. Unsere heutige Medizin weiss sehr wohl von diesen Tatsachen. So lesen wir in einem Lehrbuch: „Weil Mikroorganismen auch bei nur geringfügig unterschiedlichem Nährstoffangebot verschiedenartig wachsen können, sollte im Routine-labor immer nur das Medium einer Herstellerfirma verwendet werden, damit das Wachstum der Mikroorganismen vergleichbar bleibt.“

⁴

Diese Untersuchungen an Bakterien haben in unserer heutigen Zeit auch immer wieder Forscher fasziniert. Der bekannteste unter ihnen dürfte wohl Prof. Günther Enderlein sein. Er veröffentlichte viele Bücher zu diesem Thema und erlangte Aufsehen durch seine Arbeiten mit dem Dunkelfeldmikroskop. ^{5 6 7} Im Dunkelfeld kommt das Licht nicht, wie üblich von unten, sondern von der Seite. Durch diese Methode lassen sich besonders feine Strukturen sehr gut erkennen, die sonst im hellen Licht regelrecht überstrahlt werden. Auf die-se Art erkennt man, dass sich im Blut mehr befindet als bislang ange-nommen. Ausserdem werden bei der herkömmlichen Methode immer nur fixierte und gefärbte Blutaussstriche im Mikroskop untersucht, bzw. angeschaut. Im Dunkelfeld, mit einem frischen Tropfen Blut aber, ist „Leben“ festzustellen. Hier bewegt sich etwas. Enderlein nannte diese Mikroben, die er dort fand, „Symbionten“. Sie gehören

nach seiner Meinung in einen gesunden Organismus und schaden ihm keinesfalls. Er konnte beobachten, dass sich diese virusähnlichen Formen, sobald ein Mensch krank wird, zu Bakterien entwickeln können, ja sogar zu Mikropilzen.

Unser Blut ist also keineswegs steril, wie uns die heutige Medizin glauben lassen will. Im Gegenteil, wäre es steril, wäre das sehr fatal für den Menschen. Prof. Enderlein sagte dazu: „Das Blut eines jeden Menschen beherbergt auch im Zustand völliger Gesundheit zahlreiche Elemente aus dem Entwicklungskreislauf des Endobionten⁸ Noch andere beunruhigende Fakten wurden festgestellt. Ende der vierziger Jahre untersuchten die Prof. Santo und Rusch im bakteriologischen Forschungslabor von Lehrbach, ob beim Entkeimen durch Mikrofilter oder Erhitzen tatsächlich Keimfreiheit erreicht werden könne. Zu ihrem Erstaunen aber stellte sich heraus, dass sich aus hochfiltrierten oder hocherhitzten, keimfreien Nährösungen nach einiger Zeit trotzdem die ursprünglich vorhandenen Bakterien wieder züchten liessen.⁹

Dies sollte uns zu denken geben. Viele Menschen machen diese Erfahrung oftmals am eigenen Leib. Bakterien oder Pilze werden mittels Antibiotika „bekämpft“. Doch wenn sich das Umfeld, das Milieu nicht ändert, ist die Besiedelung nach einiger Zeit wieder komplett. Da nützt es auch nichts, dass man die „ganze Schachtel Antibiotika einnehmen muss“. Dies kann man nur verstehen, wenn man weiß, dass Mikroben nicht die Ursache, sondern ausschließlich die Folge einer Krankheit sind. Doch nicht nur beim Menschen oder beim Tier ist dies so, sondern auch bei Pflanzen gelten die gleichen Bedingungen. Experimente mit Trauben und anderen Früchten haben gezeigt, dass Bakterien die Fermentation nicht in Gang setzen. Erst wenn die Frucht Zeichen von Reife oder Verletzung aufweist, und ausschließlich nur dann, beginnen die Bakterien mit ihrer Arbeit. Sie entstehen wie aus dem Nichts. Die Fermentation beginnt nicht eher, als bis chemische Reaktionen das Wachstum und Leben verändern. Fermentation findet nie in unreifen oder lebenden Substanzen statt.

Antoine Béchamp, der Arzt und Wissenschaftler, war einer der hervorragendsten Forscher des 19. Jahrh. Er lehrte in Übereinstimmung mit Hippokrates, dass Krankheiten in uns durch uns entstehen.

Keime sah er nicht als etwas Abgetrenntes, Feindliches von aussen kommendes, sondern als Voraussetzung allen Lebens. Pasteur lehrte, das Leben sei an eine Zelle gebunden. Bechamp dagegen erkannte, dass nicht die Zelle die kleinste Lebenseinheit ist, sondern sie selber ist aus lebendigen Einheiten zusammengesetzt. Diese Bausteine der Zelle nannte er Mikrozym, übersetzt könnte man sagen: Mikroskopisch kleine Gär-Organismen. Diese Keime sind die eigentlichen Lebenskeime und die kleinste Lebenseinheit. Sie wirken bis in alle Lebensbereiche und sind ständig in Bewegung. Gleichzeitig bilden sie den Nährboden aus dem die verschiedenen Lebensformen hervorgehen und zu dem sie zurückkehren. Oder anders ausgedrückt: Ohne Keime kein Leben. Für Bechamp war klar, dass Lebenskeime zum Menschen gehören. Sie bilden Zellen und sorgen für Stoffwechselvorgänge. Bechamp wies auch immer wieder auf die Tatsache hin, dass der Organismus nicht keimfrei sei, wie von Pasteur behauptet. Sie verhalten sich auch nicht willkürlich, sondern sind ganz bestimmten Gesetzen unterworfen. Auch ihre Vermehrung ist nicht unkontrolliert.¹⁰

Diese Laborentdeckungen haben viele Forscher angeregt, tiefer in die Materie einzusteigen. Doch ihre Untersuchungen werden nicht anerkannt von unserer heute gängigen Medizin. Namen wie Günther Enderlein oder Wilhelm Reich, Antoine Bechamp oder Claude Bernard finden in Universitäten keinen Einlass. Ihre Sicht der Dinge ist alt und bekannt und doch zu revolutionär, als dass man sie in der heutigen Zeit zulassen dürfte. Zahlreiche Forscher wissen heute, dass Bakterien lebendes Gewebe nicht vergären oder zersetzen können. Ihre Nahrung sind ausschliesslich verbrauchte oder zerstörte Körperfzellen. Mit Viren verhält es sich gleich wie mit Bakterien. Auch sie verwandeln und verändern sich je nach Nährboden. Es wurde sogar beobachtet, dass Viren sich in Pilze verwandeln die sich dann wieder in Bazillen verwandeln können.¹¹

Der britische Bakteriologe Griffith hat in den zwanziger Jahren festgestellt, dass Viren sich transformieren können, d.h. sie können sich von einer harmlosen in eine gefährliche Version umwandeln. Oswald Avery und andere Forscher haben in den dreissiger und vierziger Jahren diese Erkenntnis von Griffith wissenschaftlich erklären

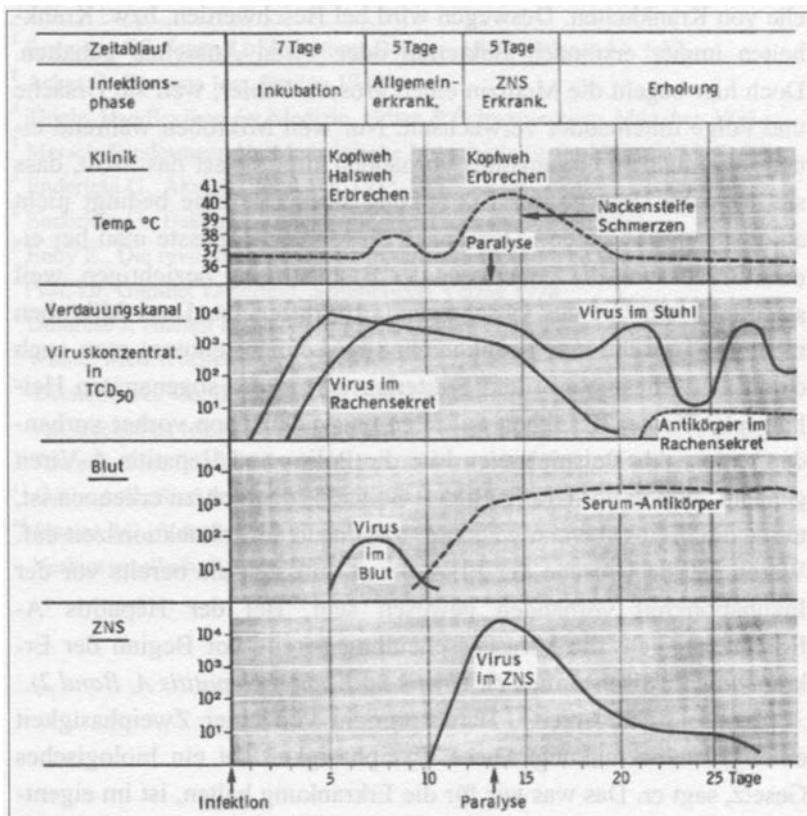


Bild 01

Polio und Hepatitis A: Vergleichende Darstellung der klinischen Erscheinungen, des Virusnachweises im Verdauungskanal, im Blut und im zentralen Nervensystem und des Antikörpernachweises.

Quelle: A. Wiskott et. AL, Lehrbuch der Kinderheilkunde, 4. Auflage, Thieme Verlag, S. 17.23

können. Dr. Grätz schliesst hieraus: „Aus jedem eingeimpften Krankheitserreger (ob tot oder lebendig) kann wieder ein virulenter (gefährlicher) Erreger werden. Es ist erwiesen, dass von „abgetöteten“ oder „abgeschwächten“ Viren zu sprechen, keinen Sinn hat. (. .) Deshalb hätte man spätestens von diesem Zeitpunkt an jegliche Impfung sowohl mit toten als auch mit lebenden (abgeschwächten) Erregern einstellen müssen!“ ¹²

Laut offiziell geltender Infektionstheorie sind Mikroben die Ursu-

che von Krankheiten. Deswegen wird bei Beschwerden, bzw. Krankheiten immer erst nach Bakterien oder Viren Ausschau gehalten. Doch hier begeht die Medizin einen grossen Fehler, weil sie Ursache und Folge miteinander verwechselt. Nur weil Mikroben während einer Krankheit im Organismus vorhanden sind, heisst das nicht, dass sie auch die Ursache der Erkrankung sind. Das eine bedingt nicht automatisch das andere. Denn nach dieser Logik müsste man bei einem Brand auch die Feuerwehr der Brandstiftung bezichtigen, weil sie immer am Ort des Geschehens anzutreffen ist. Dass Mikroben nicht die Ursache von Krankheiten sein können, erkennt man auch daran, dass diese Viren und Bakterien erst in der sogenannten Heilungsphase einer Krankheit auftreten und nicht schon vorher vorhanden waren. Als Beispiel seien hier die Polio- und Hepatitis A-Viren genannt. Wie in der Grafik Bild 1, Seite 35, deutlich zu erkennen ist, treten die Polioviren erst während, bzw. nach der Inkubationszeit auf. Wären sie die Ursache der Erkrankung, müssten sie bereits vor der Inkubationszeit vorhanden gewesen sein. Bei der Hepatitis A-Erkrankung geht die Virusausscheidung bereits vor Beginn der Erkrankung drastisch zurück (*s. Grafik im Kapitel Hepatitis A, Band 2*).

Der deutsche Arzt G. Hamer spricht von einer Zweiphasigkeit einer jeden Erkrankung. Diese Zweiphasigkeit sei ein biologisches Gesetz, sagt er. Das was wir für die Erkrankung halten, ist im eigentlichen Sinne bereits die Heilungsphase. Die Krankheit hat früher stattgefunden, während wir z. B. schlapp waren, kalte Hände oder Füsse hatten, unter Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Unausgeglichenheit litten. Dies würde auch erklären, warum erst in der zweiten Phase die sogenannten „Erreger“ auftreten.¹³ Auch Dr. Hamer und seine Erkenntnisse werden von der offiziellen Medizin totgeschwiegen. Dr. Hamer ist in den eigenen Kollegenreihen sehr umstritten. Auch wenn ich persönlich ihm nicht auf der ganzen Breite seiner Forschungen und Untersuchungen zustimmen kann, so sind seine Aussagen es jedoch wert, sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

- ¹ Rosenow EC, Journal of Infectious Disease, 1914, Volume 14, 1-32
- ² Asher C., Bacteria Inc., Boston 1949
- ³ Thiele, Handlexikon der Medizin, Urban & Schwarzenberg, München 1991
- ⁴ Mersch-Sundermann V., Medizinische Mikrobiologie für MTA, 1989, S. 60
- ⁵ Enderlein G., Akmon, Band 1-3, 1955-1957
- ⁶ Enderlein G., Bakterien-Cyclogenie, Semmelweis Institut 1981
- ⁷ Enby E., Die revolutionären medizinischen Entdeckungen von Prof. Dr. Günther Enderlein, Semmelweis Verlag 1998
- ⁸ Dumreise J, Haefeli B, Pleomorphismus, Haug 1996
- ⁹ Wiener Med Wochenschrift, Nr. 37, 15.9.1951
- ¹⁰ Bechamp A., The Blood and its Third Element, Metropolis Ink., 2002, Reprint von Bechamps letztem und wichtigstem Werk
- ¹¹ Journal of the Franklin Institute, Feb. 1944, p. 124f
- ¹² Grätz, J.-F., Sind Impfungen sinnvoll? Hirthammer , 7. Auflage 2002
- ¹³ Hamer RG., Vermächtnis einer Neuen Medizin, Amici di Dirk Verlagsgesellschaft Köln, 1991

Um die Wissenschaftlichkeit der These zu untermauern, dass Mikroben tatsächlich Krankheiten verursachen, wurden bereits zu Beginn der „Erreger-Ära“ sogenannte Postulate aufgestellt. 1840 hatte Jakob Henle erste Versuche unternommen, um hier eine klare Aussage treffen zu können. 1882 wurden diese Postulate dann von Robert Koch erweitert und modifiziert und sie hießen fortan Henle-Koch-Postulate. Da der Name Robert Koch aber im Unterschied zu dem von Jakob Henle bekannt ist, werden sie heute umgangssprachlich nur noch die Koch'schen Postulate genannt.

Damit ein Zusammenhang zwischen der Mikrobe und der Infektionskrankheit hergestellt werden kann, müssen die drei untenstehenden Postulate auch heute noch - nach Aussagen der heutigen Medizin - erfüllt sein. In der Zwischenzeit ist allerdings bekannt, dass sie sich nur auf die wenigsten Infektionskrankheiten anwenden lassen. Die heutige gängige Medizin ist also im eigentlichen Sinne nicht als wissenschaftlich zu bezeichnen. Mehr denn je stellt sich heraus, dass sie in der Hauptsache aus Hypothesen und Annahmen besteht. Hier nun die drei Henle-Koch-Postulate:

1. Postulat - optischer Nachweis

Um als Erreger einer Infektionskrankheit erwiesen zu werden, müssen die Mikroorganismen mikroskopisch regelmässig nachweisbar sein; beim Gesunden müssen sie stets fehlen.

Es gibt aber klinisch gesunde Träger, bzw. Ausscheider von obligat pathogenen Mikroben hoher Virulenz (Gefährlichkeit), wie z.B. Diphtherie, Tbc, Hib, Grippe. In der Mundhöhle, auf der Haut und den Schleimhäuten aber kommen ebenfalls Mikroben vor, die nur bedingt pathogen sind.

2. Postulat - der kulturelle Nachweis

Die im Verdacht stehenden Mikroorganismen sollen vom Kranken auf einen unbelebten Nährboden übertragen werden; sie müssen sich dort unter Beibehaltung ihrer charakteristischen Eigenschaften über-

Generationen hinweg („in Passagen“) fortzüchten lassen.

Dieser Nachweis gelingt im Fall von z.B. Lepra und Syphilis nicht, da eine Züchtung nicht möglich ist. Ausserdem wird auf einem unbelebten (d.h. sterilen) Nährboden kein Keim wachsen, da er hier keine Nahrung findet.

3. Postulat - der Pathogenitätsnachweis

Die ausserhalb des Wirtes fortgezüchteten Mikroorganismen müssen, wenn sie einem geeigneten Versuchstier einverleibt werden, eine typische Krankheit erzeugen. Die experimentell erzeugte Krankheit muss der natürlich vorkommenden Krankheit gleichen. Im Organismus der experimentell krank gemachten Tiere müssen die charakteristischen Mikroorganismen wiederum mikroskopisch und kulturell nachweisbar sein.

Die Aussagen gelten nur wenn von Mikroben mit engem Wirtspektrum die Rede ist. Versuche mit ausschliesslich humanpathogenen Erregern wie Gonokokken und Meningokokken funktionieren nicht.

Alle diese Postulate lassen sich ausserdem, wenn überhaupt, dann nur in stark modifizierter Form für Viruserkrankungen anwenden.

Die Antigen-Antikörper-Theorie — ist bis heute eine Theorie geblieben

Die Antigen-Antikörper-Theorie wurde von Paul Ehrlich entwickelt, der dafür 1901 den Nobelpreis erhielt. Er erklärte, dass Mikroben verantwortlich für unsere Krankheiten sind und dass jeder Krankheit eine bestimmte, unabänderliche Mikrobe zugrunde liegt. Krankheit sei Zufall, so seine Aussage. Noch heute geht man in der gängigen Medizin davon aus, dass der Mensch an allen Keimen, die er antrifft und die sein Körper nicht schon vorher kannte, erkranken wird. Nach der Erkrankung entwickelt sich eine Immunität, es entstehen die sogenannten Antikörper. Diese verhindern eine Neuerkrankung, weil sie die Antigene, die Mikroben, schon im Vorfeld erkennen, angreifen und vernichten. Paul Ehrlich war es auch, der den Leitsatz prägte, dass Mikroben gesundes Gewebe angreifen. Mikroben aber leben ausschliesslich von organisch totem, d.h. nekrotischem Gewebe. Vermehren sich z.B. Bakterien bei uns im Körper, dann heisst es, sie seien virulent, d.h. plötzlich bösartig geworden. Dabei hat sich lediglich nekrotisches, d.h. abgestorbene Gewebe angehäuft, dass abgebaut, bzw. entsorgt werden muss. Diese Mikroben sind nicht unsere Feinde, im Gegenteil, sie helfen dem Organismus sich zu reinigen. Dazu hat jede Art ihre bestimmte Aufgaben und je nach Ort des Geschehens gibt es bestimmte Vorlieben. Zum Beispiel sind Pilze dort anzutreffen wo es gilt, abgestorbene Material abzubauen, Viren hingegen füllen quasi die Löcher auf, die durch die toxischen Stoffe entstanden sind. Diesen Mikroben mit Medikamenten den Garaus zu machen, hiesse, die Müllabfuhr einer Grossstadt mehrere Wochen an ihrer Arbeit zu hindern. Das Ergebnis dieser Aktion können wir uns lebhaft vorstellen!

Laut unserer heute angewandten Medizin versuchen ununterbrochen Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten in den menschlichen Körper einzudringen. Sie befinden sich in den Nahrungsmitteln, auf unserer Haut, in der Atemluft und auch in uns drinnen, etwa im Verdauungssystem. Damit wir nicht erkranken, benötigen wir ein funktionsstüchtiges und vielschichtiges Abwehrsystem, das sofort

„Krankheitserreger“ erkennt und bekämpft. Zum Immunsystem gehören die Speicheldrüse, Mandeln, Lymphsystem, Milz, Thymus, Peyer-Plaques im Dünndarm, Knochenmark, Blinddarm, etc. Man weiss heute, dass alle diese Organe miteinander vernetzt sind. Und zwar nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der psychischen Ebene.

Die Haut des Menschen hat einen pH-Wert von 5,7 (im Normalfall!) und ist deshalb leicht sauer. Dieser Säureschutzmantel schützt die Haut. Die Tränenflüssigkeit enthält ein Enzym, das Bakterien abtöten kann, der Speichel enthält ebenfalls ein solches Enzym. Die Magensäure tötet viele Mikroben, im Zwölffingerdarm herrscht ein alkalisches Milieu, das Bakterien nicht gut bekommt. Die Scheide ist durch ein saures Milieu ebenfalls geschützt. Blase und Harnröhre werden durch den Harnstrahl gespült und die Flimmerhärtchen und der Schleim in den oberen Luftwegen schützen die Atmungsorgane sowie die Lunge. Ein bestens ausgeklügeltes System also.

Während der letzten vier Wochen der Schwangerschaft hat die Mutter Abwehrstoffe an das Kind übertragen. Den Schutz, den das Kind dadurch hat, nennt man Nestschutz. Mit der Muttermilch erhält das Kind ebenfalls wichtige Abwehrstoffe. Nach der Geburt des Kindes ist das Immunsystem nicht vollständig aufgebaut. Der Nestschutz, den es von der Mutter erhalten hat, hält je nachdem um welche Krankheit es sich handelt, zwischen drei und 12 Monate an. In den ersten Lebensjahren lernt der Organismus des Kindes durch Auseinandersetzungen mit verschiedensten Keimen, sein eigenes Immunsystem aufzubauen. Diese Lernphase des kindlichen Immunsystems dauert bis in das sechste Lebensjahr.¹

Wie funktioniert nun unser Immunsystem im Detail? Die Medizin sagt, dass wir primär lymphatische sowie sekundär lymphatische Organe besitzen. Sie dienen der Entstehung, Entwicklung und Reifung von Immunzellen. Zum ersten gehört das Knochenmark, in dem alle Immunzellen entstehen und die Entwicklung und Reifung der B-Zellen stattfindet. Die B-Zellen haben ihren Namen vom engl. Bone (Knochen) erhalten. Im Thymus reifen und entwickeln sich die T-Zellen (T = Thymus). Das Abwehrsystem des Menschen besteht aus vier Teilsystemen, jeweils aus einer unspezifischen zellulären und

humoralen Abwehr sowie einer spezifischen zellulären und humoralen Abwehr. Die unspezifische Abwehr ist angeboren und die spezifische wird im Laufe des Lebens erworben. Zellulär bedeutet, dass die Abwehr durch die Zellen erfolgt, wo hingegen humorale heisst, dass die Abwehr sich in den Körperflüssigkeiten abspielt.

Die zelluläre Abwehr, gleich ob spezifisch oder unspezifisch, bildet die eigentliche Voraussetzung zur Schaffung einer dauerhaften Immunität. Zu ihr gehört der Kontakt der Mikrobe mit Speichel, Mandeln und Verdauungstrakt. Die B-Lymphozyten, spezielle weisse Blutkörperchen, werden dann zur Produktion von Antikörpern angeregt. Diesen Teil nennt man auch humorales Abwehrsystem. Antikörper werden auch als Immunglobuline bezeichnet. Sie werden in verschiedene Klassen eingeteilt. Man spricht von der GAMDE-Einteilung. Sie wird nach der Häufigkeit aufgeteilt: IgG, IgA, IgM, IgD und IgE. In einem gesunden Immunsystem besteht ein Gleichklang zwischen zellulärer und humoraler Abwehr. Wenn dieses Gleichgewicht z.B. dadurch gestört wird, indem die humorale Abwehr überwiegt, dann wird die Produktion von Abwehrstoffen und Abwehrzellen, d.h. Antikörpern angeregt die zu einer Überreaktion gegen eigentlich harmlose Stoffe wie Lebensmittel oder Tierhaare führen. Diese Überreaktion hat in der heute gängigen Medizin auch bereits einen Namen: Allergie. Das heisst, wir brauchen, um ein gesundes Gleichgewicht im Körper zu halten, eine starke zelluläre Abwehr. Faktoren, die die zelluläre Abwehr schwächen, sind in der Schulmedizin seit längerem bekannt, es sind dies vor allem unser Hygienewahn, der leichtfertige Umgang mit Antibiotika und Impfungen.²

Damit es also zu keinen überschiessenden Reaktionen des Immunsystems kommen kann, muss die zelluläre und die humorale Immunabwehr im Gleichklang stimuliert werden. Dies ist aber auch äusserst wichtig, damit es überhaupt zu einer Immunreaktion kommen kann. Findet diese Stimulation nicht im Gleichklang statt, kommt es erst gar nicht zu einem Schutz vor einer erneuten Erkrankung.

So weit so theoretisch gut. Doch wie sieht das nun in der Praxis aus? Durch Spritzimpfungen - und dies sind mit zwei Ausnahmen alle heutigen Impfungen - wird die humorale Abwehr stimuliert, aber

die zelluläre Abwehr völlig ausser Acht gelassen. Hier geschieht das, was weiter oben beschrieben wurde. Es kann in der Folge, bedingt durch dieses Vorgehen, sogar zu einer Schwächung der zellulären Abwehr kommen,³ so dass z.B. die Geimpften häufig später ohne deutlich erkennbare Krankheitssymptome die Krankheit durchmachen. Dieses Vorgehen kann weitere nachteilige Folgen auf die Abstimmung der beiden Abwehrsysteme haben.⁴ Wenn das humorale Abwehrsystem allein stimuliert wird, so kommt es zu einer Art Gefässverstopfung im Organismus des Geimpften.⁵ Beängstigend dürfte wohl vor allem sein, dass die Reaktion des Immunsystems auf den Impfstoff in der Forschung nur zu einem kleinen Teil bekannt ist: „Häufiger hat man gesehen, dass Antikörperspiegel nicht parallel zum Schutz vor Erkrankungen laufen (. . .) Die Untersuchung des zweiten Schenkels der Immunität, der zellvermittelten Immunreaktion, war technisch wesentlich schwieriger und hat sich als sehr komplex entpuppt (. . .) Wenngleich mittlerweile eine Fülle von experimentellen Daten und Erkenntnissen zu den verschiedenen Mechanismen zellvermittelter Immunantwort einschliesslich deren Interaktion untereinander und mit dem humoralen Immunsystem vorliegen, ist unser Wissen über die konkrete Bedeutung der zellvermittelten Immunantwort bei der Infektabwehr einzelner Pathogene des Menschen äusserst fragmentarisch.“⁶

Für unsere heutige angewandte Medizin existiert im Bezug auf die Wirksamkeit von Impfungen ein Zauberwort: Antikörper. Haben wir viele davon, so heisst es, seien wir vor den betreffenden Krankheiten geschützt. Sind es zu wenig, hilft nur eine Impfung uns vor Schaden, bzw. vor Krankheit zu bewahren. Dem ist beileibe nicht so. Zwar klingt das alles in der Theorie recht schön, aber es ist das, was sein Name bereits sagt: Eine Theorie.

Wenn man den Beipackzettel einer Impfung näher betrachtet, oder die Aussagen eines Impfbefürworters liest oder hört, dann wird immer von einem „Schutz“ in Prozentangaben gesprochen. Die Tetanusimpfung soll uns, so die Aussagen der Hersteller, zu praktisch 100 Prozent vor der Krankheit „schützen“. Wie kommt man nun zu diesen Prozentangaben? Ganz einfach: Man nimmt Versuchspersonen und impft sie z.B. gegen Tetanus. Nun misst man bei ihnen im Blut weni-

ge Stunden sowie in den nächsten Tagen die Antikörper. Mittels verschiedener Tests, wie z.B. Hämagglutinations-Hemmungstest (HHT, HAH-Test) oder durch den ELISA-Test (Enzyme-linked immunosorbent-assay), Immunoblot (Western blot) oder Fluoreszenzstrahlung, etc. werden diese Antikörper ermittelt. Diesen Vorgang nennt man Titerbestimmung. Im Blut der allermeisten Versuchspersonen ist nun im Anschluss an die Impfung eine mehr oder weniger steigende Zahl von Antikörpern festzustellen. Obwohl Antikörper als der einzige Beweis der Immunität in der modernen Immunologie angesehen werden und es zu jeder impfbarer Krankheit einen Antikörpertiter gibt, der angeblich schützen soll, sind die Aussagen selbst hartgesottener Impfbefürworter zu diesem Thema äusserst zurückhaltend.

Prof. H. Spiess sagt dazu: „Diese verschiedenen Tests liefern aufgrund ihrer unterschiedlichen Empfindlichkeit und ihrer Fähigkeit, Antikörperaktivitäten in verschiedenen Immunglobulinklassen nachzuweisen, nicht immer identische Resultate.“ Und an anderer Stelle: „Ein Rückschluss von der Höhe des gemessenen Titers auf den Immunstatus bezüglich Schutz vor erneuter Erkrankung ist derzeit nicht möglich.“⁷

Prof. B. Schneeweiss formuliert es ähnlich: „Sie (die Antikörper) geben nur bedingt die Schutzwirkung einer Impfung wieder (...) Deshalb ist es in der Impfpraxis besser und auch kostengünstiger, auf eine Antikörperbestimmung zu verzichten und dafür zu impfen.“⁸

Dies sind die gleichen „Experten“, die ständig Studien mit einer hohen Antikörperkonzentration nach Impfungen loben und eben wegen dieser Studien Impfungen empfehlen. Scheinbar nach dem Motto: Wenn zwei das Gleiche tun, ist es nicht dasselbe. Prof. W. H. Manwaring, Bakteriologe und Pathologe von der Leland Stanford Universität sagte: „Meine 12 Jahre angehenden Studien mit immunphysiologischen Tests haben ein grosses Mass an konträren Beweisstücken gegen Ehrlichs Theorie geliefert, und haben mir bestätigt, dass seine Begriffe des Ursprungs, der Natur und der physiologischen Rolle der Spezies „Antikörper“ falsch ist.“⁹

Dass es etwas in unserem Körper gibt, dem man die Bezeichnung Antikörper gegeben hat, bestreitet niemand. Doch immer mehr Zweifel kommen auf, ob diese Antikörper tatsächlich als Reaktion auf die

sogenannten Antigene entstanden sind und in der Folge dessen uns vor einer erneuten Krankheit schützen sollen und können. So gibt es z.B. Kinder mit einer Agammaglobulinämie. Sie sind infolge Fehlens spezifischer Antikörper aller Immunglobulinklassen nicht in der Lage, Antikörper zu bilden. Diese Kinder gesunden allerdings genau so schnell nach einer Erkrankung mit Masern wie andere Kinder auch.¹⁰ Wer hat hier die „Erreger besiegt“ wenn es nicht die Antikörper waren? Eine Antwort drauf kann uns die heutige Medizin noch nicht geben.

Während einer Diphtherieepidemie in England im Jahr 1950 stellte sich heraus, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Antikörper und der Erkrankung gab. Die Untersucher fanden gesunde Menschen mit einem extrem niedrigen Antikörperspiegel, und an Diphtherie erkrankte Menschen mit einem hohen Antikörperspiegel. Die Autoren der Studie kamen zum Schluss, dass die natürliche Immunität ein komplexer, interaktiver Prozess zwischen hauptsächlich körperlichen Organen und Systemen sei und nicht auf die Stimulation der Antikörper reduziert werden darf.¹¹

Bei der Mumpsepidemie von 1999/2000, die in der Schweiz etliches Aufsehen erregte, da nach offiziellen Behördenangaben von den Erkrankten mehr als 75 Prozent vorschriftsmässig geimpft waren, kamen noch sonderlichere Dinge ans Licht. So stellten sich etliche Forscher die Frage, ob Antikörperlevel und Immunität das Gleiche seien und gaben sich auch grad die Antwort dazu: Nein. Die drei Mumpsimpfstoffe, die damals in der Schweiz verwendet wurden, waren für ihre gute und exzellente Antikörperbildung bekannt. Etliche fragten sich nach der Epidemie, ob nicht z.B. der Rubini-Stamm nicht nur die Epidemie nicht verhindert, sondern sie sogar noch ausgelöst habe.¹²

Wie wenig man in Herstellerkreisen über Schutz und Antikörper weiss, macht eine Bemerkung in einem Beipackzettel deutlich: „Für Pertussis gibt es kein serologisches Korrelat für die Schutzwirkung; der vierfache Anstieg des Antikörpertiters, dessen klinische Bedeutung unklar ist, wird als Zeichen für eine Serokonversion angesehen.“¹³ Auch bei vielen Tetanuserkrankten ist zum Zeitpunkt der Erkrankung ein hoher Antikörpertiter nachweisbar, was immer wieder auf

den verschiedenen Tetanus-Konferenzen grosse Fragen aufwirft. Nach der derzeit gängigen Antigen-Antikörper-Theorie hätten diese Menschen nicht erkranken dürfen (s. hierzu detaillierte Angaben im Kapitel Tetanus).

Welchen Beitrag leisten Antikörper grundsätzlich zu unserer Immunität? Es ist bekannt, dass sich nur fünf Prozent der hämatopoetischen weissen Blutzellen in der Blutbahn befinden. Die meisten Immunreaktionen finden nämlich in der Haut, auf, in und unter den Schleimhäuten sowie im Zwischengewebe und im Verdauungssystem (Peyer-Plaques im Dünndarm) statt. Immunzellen im engeren Sinn sind die weissen Blutkörperchen des hämatopoetischen Systems (wo Blutkörperchen gebildet werden), sie tragen die Hauptlast der körpereigenen Abwehr.¹⁴ Hier erklärt sich auch, dass man eigentlich nicht an einer Titerkontrolle interessiert ist, weil Antikörper nichts über einen Schutz aussagen. Antikörper im Blut sagen einzig und allein aus, dass der betreffende Organismus Kontakt mit der jeweiligen Mikrobe hatte. Nicht mehr und nicht weniger. Deswegen gibt es auch Menschen, die trotz Krankheit keine oder wenige Antikörper gegen bestimmte Mikroben besitzen. Unsere Immunität nur auf die Existenz von Antikörpern beschränken zu wollen, hiesse, sich die Sache doch allzu einfach zu machen. Noch etwas ist wichtig in diesem Zusammenhang: Wie wir weiter oben gesehen haben, befindet sich der Grossteil unserer Abwehr an Orten, die durch eine Spritzimpfung nie und nimmer erreicht werden, wie z.B. die Haut, Schleimhäute und der Dünndarm. Mit einer Spritzimpfung umgehe ich diesen Teil der Abwehr.

Unser Immunsystem ist sehr komplex und vor allem sehr individuell. Es hängt von dem jeweiligen genetischen Erbe, den bereits durchgemachten Krankheiten, den Medikamenten, der Ernährung, Stress, Alter, Einstichstelle, Rasse, evtl. früher durchgeföhrten Impfungen, etc. ab. Somit ist es auch erklärbar, warum jeder Mensch anders und vor allem mit gänzlich verschiedenen Antikörperhöhen reagiert. Besonders bei viralen Erkrankungen treten die Antikörper erst dann auf, wenn die Genesung bereits begonnen hat, wie z.B. bei Polio¹⁵ und eine Immunität kann auch dann erhalten bleiben, wenn selbst durch die feinsten Techniken keine zirkulierenden Antikörper mehr

nachgewiesen werden können.¹⁶ Anlässlich einer Masernepidemie in den USA, bei der nachweislich 85 Prozent der Kinder Antikörper besassen, heisst es in einer Untersuchung: „Es lässt sich beobachten, dass in dem infizierten Organismus weiterhin Krankheitskeime vorhanden und virulent sind, obwohl er eine erhöhte Zahl von Antikörpern aufweist. Während eine natürliche Infektion Immunität bei einer sehr geringen Zahl von Antikörpern erzeugen kann, kann die künstliche Einführung des entsprechenden bakteriellen Antigens eine Erhöhung der Zahl der Antikörper bewirken, ohne dass sich indessen Immunität einstellt.“¹⁷

Dr. Fasquelle drückt es folgendermassen aus: „In der Praxis scheinen uns viele Antikörper nur Begleiterscheinungen einer aktuellen oder früheren Infektion zu sein.“¹⁸ Und diese Aussage trifft vermutlich den Nagel auf den Kopf. Antikörper sind lediglich Begleiterscheinungen einer Auseinandersetzung des Organismus mit einer Mikrobe. Laut Aussagen von Dr. Kalmar spielen die Antikörper in der Dynamik des natürlichen Spiels der Immunabwehrkräfte nur eine sekundäre Rolle. Sie scheinen lediglich die Funktion zu haben, den Organismus von noch zirkulierenden Antigenen zu reinigen. — Die Bildung von Antikörpern gegen bestimmte Infektionskrankheiten und einige nicht infektiöse Mikroben ist laut Untersuchungen verschiedener Forscher im wesentlichen Ausdruck eines endogenen (im Körper entstehenden), erblich fixierten Reifungsprozesses, der seinen Höhepunkt um die Pubertät herum erreicht, und nicht das Ergebnis exogener Einflüsse.¹⁹

Das ganze Kapitel Immunität und Antikörper ist so komplex und schwierig, besonders für die wirklichen Experten, so dass hier noch riesige Wissenslücken klaffen.²⁰ Die Forscher betonen immer wieder, dass sie sehr wohl die Antikörper-Antigen-Theorie beweisen können. Das stimmt. Im geschützten Rahmen, in dem der Forscher selber die Bedingungen stellt, die er im Reagenzglas oder der Petrischale haben möchte, funktioniert das. Antikörper zeigen sich am Ende des Experiments als flockiger Niederschlag, z.B. in der Petrischale. Doch hier ist ein grosser Unterschied und das eigentliche Problem verborgen: In vitro (im Reagenzglas) kann man die Antigen-Antikörper-Theorie beweisen, aber in vivo (im menschlichen Orga-

nismus) gibt es bis heute in der medizinischen Literatur keinerlei Beweise für diese Theorie.

Heute werden Impfstoffe z.B. in Deutschland vom Paul-Ehrlich-Institut zugelassen, wenn sie Antikörper in vitro bilden sowie die Krankheit gegen die sie gerichtet sind, nicht hervorrufen. Dass heisst, der Hersteller muss nicht den Schutz belegen können, sondern lediglich beweisen, dass die Krankheit nicht ausbricht. Als Wirksamkeitsnachweis gilt die Bildung von Antikörpern.²¹ Der ganze Schutz einer Impfung basiert also lediglich auf unbewiesenen Hypothesen und Spekulationen und hat mit einer seriösen und ehrlichen Wissenschaft rein gar nichts zu tun.

Wie wenig man über diesen Sachverhalt weiss, veranschaulicht auch sehr gut eine neue Studie. In dieser Untersuchung wurden gesunde Erwachsene im Alter von 57 bis 60 Jahren gegen Grippe geimpft. Die Antikörper wurden im zweiten, vierten und sechsten Monat nach der Impfung gemessen. Vor der Messung der Antikörper wurden die Probanden aufgefordert, über ein extrem positives oder negatives Erlebnis in ihrem Leben nachzudenken und es während fünf Minuten aufzuschreiben. Anschliessend wurden EEG-Aufzeichnungen gemacht, sowie der Moro-Reflex (Umklammerungsreflex) geprüft. Diejenigen, die über ein negatives Erlebnis nachdachten, hatten einen grösseren Moro-Reflex und bedeutend weniger Antikörper gegen die Grippe im Vergleich zu der anderen Gruppe. Je grösser der Moro-Reflex, desto niedriger der Antikörperspiegel. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass der Zusammenhang zwischen Gehirnwellenaktivität und Immunität nicht klar sei. Die Ergebnisse zeigten, dass gewisse Teile des Gehirns eine Rolle bei der Aktivierung der Abwehr in unserem Körper spielen. Die Studie hat klar gezeigt, dass Gedanken, Emotionen und Vorstellungen unsere Abwehr beeinflussen.²² Die mitspielenden biochemischen und physiologischen Mechanismen sind allerdings noch nicht im Ansatz von uns verstanden worden. Das Immunsystem ist ein kompliziertes Netz aus Organen, Zellen und chemischen Reaktionen, die alle miteinander verkoppelt und verbunden sind.

1972 erhielt Dr. Gerard Edelmann den Nobelpreis für seine Arbeit über die Entdeckung, dass unser Immunsystem nicht nach der vielzi-

tierten Antigen-Antikörper-Theorie arbeitet. Er zeigte auf, dass Hunderte von Antikörpern bereits bei der Geburt vorhanden sind. Sie sind dank der Evolution seit Jahrhunderten in der Spezies Mensch enthalten.²³ Diese Ergebnisse sind also in der Forschung bekannt. Doch niemand sieht sich veranlasst, umzudenken. Hier bestätigt sich wieder, dass es in der Medizin 200 Jahre benötigt bis man etwas verändern kann: 100 Jahre bis man den Irrtum einsieht und weitere 100 Jahre um ihn auszumerzen.

¹ Knieriemen H., Das Immunsystem, EGK Gesundheitskasse, 2002

² Hirte, Impfen pro & contra, Knaur 2001

³ Hussey GD et al, J Infect Dis 1996, 173 (6): 1320-1326

⁴ Hess U., Soz Präventivmed 1995; 40(2): 110-115

⁵ Sänger H., Prof. mündliche Aussage, Okt. 2002

⁶ Brandts H., Medizinische Mikrobiologie 1994 in: Dr. T. Quak, SANUM-Post 46/99, Seite 15f

⁷ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl., Thieme 1999

⁸ Schneeweiß B., Impfen ganz praktisch, Uni-med, 2002

⁹ Asher C., Bacteria Inc., Boston 1949

¹⁰ CDC, 169 (1): 77-82, 1.1.1994

¹¹ Médical Research Council Spezial Report Series 272, HMSO 1950

¹² Schegel M et al, BMJ 1999, 319: 352-353

¹³ Sechsachsimpfstoff Hexavac, Pro Vaccine AG, 2000, Beipackzettel

¹⁴ Dumreise J., Haefeli B., Pleomorphismus, Haug 1996

¹⁵ Fasquelle M., La médecine moléculaire, in Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1993

¹⁶ Mercklen, Berthaux, Heures de France 1967, in Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge, Hirthammer, 1993

¹⁷ Mercklen, Berthaux, Heures de France 1967, in Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge, Hirthammer, 1993

¹⁸ Fasquelle M., La médecine moléculaire, in Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1993

¹⁹ Kalmar, Le carnet immunologique, in: Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1993

²⁰ Paul JR, et al, J Am Med Ass; 98:2262, 1932

²¹ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl., Thieme 1999, Seite 11

²² Sänger H., Prof. mündliche Aussage, Okt. 2002

²³ Proceedings of the National Academy of Sciences, 2003; 100: 1148-52

²³ Sylvester R., A Célébration of Neurons ASCD 2002, Seite 17

Herstellungsverfahren und Arten von Impfstoffen

Grundsätzlich werden Impfstoffe in aktive und passive Impfstoffe unterschieden. Unter dem Begriff *aktive Impfstoffe* versteht man die sogenannte vorbeugende Impfung, die in den verschiedenen Ländern von den jeweiligen Gesundheitsbehörden empfohlen, manchmal auch vorgeschrieben wird. Der Begriff „aktiv“ steht für das Immunsystem des Geimpften, das sich aktiv mit dem Impfstoff auseinandersetzen muss. Der Impfstoff soll, so die momentan gültige Lehrmeinung, im Körper eine kleine Krankheit erzeugen. Dadurch sollen Antikörper gegen diese Mikrobe gebildet werden. Im Falle eines Kontaktes mit der Wildvariante der Mikrobe erkennt der Körper angeblich den „Feind“ und ist wegen der bereits vorhandenen Antikörper in der Lage, schnell und effektiv zu handeln, d.h. die Krankheit kann erst gar nicht auftreten. Dieser Vorgang nennt sich Infektionstheorie!

Bei der *passiven Impfung* werden bereits fertige Antikörper mit der Impfung in den Körper des Geimpften gebracht. Der Begriff *passive Impfung* ist eigentlich falsch, es heißt richtig Immunglobuline. Diese Immunglobuline sollen dann sofort gegen den „Erreger“ vorgehen können. Eine passive Impfung wird im Falle einer bereits bestehenden Erkrankung oder aber bei starkem Verdacht auf eine Erkrankung gegeben. Es gibt nicht für alle impfbarer Krankheiten eine Immunglobulintherapie. Sie wird meist auch nur mit Vorsicht angewandt, weil es sich hier immer um artfremde Eiweisse handelt, gegen die viele Menschen allergisch reagieren. Als Folge kann ein anaphylaktischer Schock auftreten. Deshalb soll der Patient bei der Immunglobulingabe mindestens eine Stunde nach der Impfung unter ärztlicher Aufsicht verbleiben. Im Beipackzettel ist immer der Hinweis vermerkt, dass der Arzt das Notfallbesteck bereithalten sollte.

Die aktiven Impfstoffe sind zudem in Lebend- (abgeschwächte) und in Totimpfstoffe sowie Toxoidimpfstoffe unterteilt. Bei den abgeschwächten, d.h. attenuierten Lebendimpfstoffen handelt es sich um die noch aktive Mikrobe, wie z.B. bei den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Schluckimpfung gegen Polio, etc.

Totimpfstoffe enthalten abgetötete Mikroben oder Teile davon,

wie z.B. bei der Keuchhusten- und den meisten Grippeimpfungen.

Eine besondere Gruppe bilden die Toxoidimpfstoffe, dies sind ausschliesslich die Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Hier wird nicht die Mikrobe verimpft, sondern das „entgiftete Gift“, das diese Mikrobe produziert. Das Gift dieser Bakterien nennt man Toxin, entgiftet man es, so erhält es die Bezeichnung Toxoid.

Impfungen werden in der grossen Mehrzahl mittels einer Spritze verabreicht. Schluckimpfungen gibt es nur wenige, eine davon ist die bei uns nicht mehr gebräuchliche Polioimpfung. Sie wird aber trotzdem noch immer in den sogenannten Dritt Welt-Ländern eingesetzt, wie z.B. im Herbst 2003 in Indien oder im März 2004 in Nigeria. Obwohl die WHO weiß, dass diese Impfung deswegen abgesetzt wurde, weil sie Polio erzeugt, forciert sie Impfungen mit diesem Impfstoff in den oben genannten Ländern. Heute werden bei uns einzig noch die Cholera- und die Typhusimpfung als Schluckimpfung angewandt. Die Impfstoffe der Zukunft sollen laut Angaben der Pharmaindustrie auch mit einer Creme auf die Haut aufgetragen werden können, man ist bereits in Tierversuchen die Verträglichkeit am Prüfen.

Von den Ärzten und natürlich der Pharmaindustrie werden nur noch Kombinationsimpfungen empfohlen, d.h. es befinden sich mehrere Impfungen in einer Spritze vereint. So kennen wir bereits die Sechs fachimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, Hib und Hepatitis B. Masern, Mumps und Röteln sind auch in einer Spritze kombiniert als die sogenannte MMR-Impfung. Sie soll noch um die Windpockenimpfung ergänzt werden und heisst dann MMRV-Impfung. Das V steht für die Varizellen, die Windpocken. In der Natur kommt es auch nicht vor, dass Menschen, oder sogar kleine Kinder, von mehreren Krankheiten gleichzeitig befallen werden und ihr Organismus sich gegen z.B. sechs Mikroben gleichzeitig zur Wehr setzen muss.

Impfstoffe werden heute auf vielfältige Art und Weise hergestellt. Zu Beginn der Impfara benutzte man Kinder als „Impfstoffproduzenten“. Waisenhauskinder wurden mit Pocken angesteckt und dann als lebende Lieferanten in die sogenannten Impfanstalten gebracht, wo sie mit mehr als 40 °C Fieber ausharren mussten, bis alle Anstehenden aus ihren Pockenpusteln die Impfung (Eiter!) erhalten

hatten (*Details dazu im Kapitel Pocken, Band 2*). Doch schon bald setzte man für die Produktion von Impfstoffen Tiere ein, da der Bedarf anderweitig nicht mehr gedeckt werden konnte. Auch heute wird mit wenigen Ausnahmen die grosse Mehrzahl der Impfstoffe auf Tieren gezüchtet. Viren benötigen zur Fortpflanzung und zu ihrer Existenz einen lebendigen Organismus, daher verwendet man immer noch Tiere, ihre Produkte (Eier) ihre Organe (Nieren, etc.) oder ihr Blut. Für jede Dosis der Grippeimpfung wird ein Hühnerei benötigt. Als Tiere werden besonders Kaninchen, Pferde, Hunde, Schafe, Affen, Hamster, Ratten, Mäuse, Kühe, etc. „gebraucht“. Man züchtet die Impfstoffe vor allem auf ihren Nieren, Hoden, Haut und im Gehirn.¹

Heute werden einige Impfstoffe auch auf HDC oder auf HeLa-Zellen (human diploid cells) gezüchtet. Dies sind in Wahrheit menschliche Krebszellen, die aber im Beipackzettel selber nicht als solche deklariert sind. Die HeLa-Zellen entstammen einer Frau mit Namen Henrietta Lacks, die an Krebs verstarb. Auch wenn von „Zell-Linien“ oder von „Zell-Reihen“ die Rede ist, handelt es sich um Krebszellen.² Wenn man von „VERO-Zell-Linien“ liest, dann handelt es sich immer um tierische Krebszellen. Sie entstammen einer Affenart, der grünen Meerkatze. Auf Krebszellen gezüchtete Impfstoffe können für unseren Körper nicht gesund sein, auch wenn sie noch so gereinigt und kontrolliert werden. Das beste Beispiel ist die markante Zunahme an Krebs bei unseren Kindern in den letzten dreissig Jahren. Es wurden und werden Millionen von Tieren für die Herstellung und Testung von Impfstoffen geschändet, missbraucht, gequält, gefoltert und getötet. Ein auf diese Weise hergestelltes Medikament kann zu unserer Gesundheit nichts beitragen.

Gentechnisch hergestellte Impfstoffe bezeichnet die Pharmaindustrie als die Impfstoffe der Zukunft schlechthin. Die einzige momentan verfügbaren gentechnisch hergestellten Impfstoffe sind der Hepatitis B- und der Choleraimpfstoff. Bei uns in Europa ist kein andersartig hergestellter Hepatitis B- und der Choleraimpfstoff erhältlich. Es gibt auch bereits eine Bananenschluckimpfung. Dabei handelt es sich um genmanipulierte Bananenstauden, d.h. der Impfstoff wächst bereits in der Frucht mit heran. Diese Bananenimpfungen gibt es gegen Hepatitis B, Masern, Gelbfieber und Polio.^{3,4} Ebenso existiert

bereits eine Choleraimpfung durch das Essen einer Portion Pommes Frites. Auch hier handelt es sich um genmanipulierte Kartoffelstauden.⁵ In Deutschland ist an der Universität Giessen das „Hepatitis B-Rüebli“ entwickelt worden. Die Karotte wurde so genmanipuliert, dass sie jetzt angeblich gegen Hepatitis B schützen soll.⁶ Ebenso an der gleichen Universität sind derzeit Impfungen durch das Essen von Kopfsalat, Lupinen und Tomaten in der Testphase. Auch „essbare Tiere“ werden als Impfstoffe missbraucht. So existiert bereits eine Impfung gegen Hepatitis B, die man durch das Essen von Zebrafischen erhält. Es soll jetzt auch auf den Lachs ausgeweitet werden. Diese Art der Herstellung ist billiger, deswegen soll sie weiter vorangetrieben werden. Der roh zu essende Fisch sollte eines Tages die Spritze beim Verabreichen von Impfungen ersetzen. ⁷ ⁸ Der Phantasie unserer Impfstoffhersteller ist scheinbar keine Grenze gesetzt. Wir sollten uns der Tragweite dieser Entwicklungen bewusst sein, bevor sie bei uns eingeführt werden. Wer garantiert uns, dass diese Nahrungsmittel nur in Arztpraxen zu erhalten sind und nicht undeklariert z.B. im Gemüseregal eines Supermarktes liegen? Wir sollten darauf bestehen, dass unsere Medikamente unsere Medikamente bleiben und unsere Nahrungsmittel unsere Nahrungsmittel. Lebensmittel haben wir sowieso schon fast keine mehr! Die Probleme die wir uns mit dieser Art Impfstoffe aufladen, sind uns nicht einmal bekannt. Es ist ein Schuss ins Dunkle, ein Experimentieren mit der Zukunft der Menschheit, was hier stattfindet. Wenn wir erkannt haben wie gefährlich diese Art Impfstoff ist, wird es vermutlich bereits zu spät sein.

Eine weitere makabre Art der Impfstoffherstellung betrifft die Verwendung von abgetöteten, menschlichen Föten. Die Pharmaindustrie möchte kein grosses Aufsehen um diese Impfstoffe verursachen und hält sich bedeckt. Bekannt ist aber, dass die Rötelnimpfung seit Beginn ihrer Entwicklung bis heute, auf der ganzen Welt mit Ausnahme von Japan, auf diese Weise hergestellt wird. Ebenfalls der seit wenigen Jahren angewandte Windpockenimpfstoff ist so produziert sowie der neue Pockenimpfstoff. Eine Gruppe amerikanischer Ärzte überwacht die Impfstoffindustrie wegen ihrer diesbezüglichen Arbeiten. Da sie aber eine kleine Minderheit sind, gelingt es ihnen nicht, die Bevölkerung aufzuklären und zu sensibilisieren. Sie haben

sich, da man sie in den Medien nicht zu Wort kommen lässt, auf einer eigenen Homepage eine Plattform geschaffen.⁹ Bei dieser Art der Herstellung sollte die Frage erlaubt sein: Impfen um jeden Preis? Wenn Moral und Ethik keinen Stellenwert mehr in einer Gesellschaft haben, dann muss es schlecht um die Menschen und ihre Zukunft bestellt sein!

Die detaillierten Herstellungsverfahren der einzelnen Impfstoffe sind jeweils in den Kapiteln mit den Krankheiten beschrieben und was sich sonst noch alles im Impfstoff befindet, ausser Mikroben, wird im grossen Kapitel „Zusatzstoffe“ in Band 2 behandelt.

¹ Dittmann, S., Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981

² Buchwald G., Impfen, das Geschäft mit der Angst, Knaur 1997 sowie B. Göll in ImpfDialog 1/2003

³ Neue Luzerner Zeitung NLZ, 20.9.1996

⁴ Frankfurter Rundschau, Springer U, Nr. 153, 5.7.1996, S. 6

⁵ Neue Zürcher Zeitung NZZ, 22.4.1998

⁶ Imani et al, Plant Cell, Tissue and Organ Culture, 2002

⁷ ärztemagazin 39/2003, 26.9.2003

⁸ Ärzte-Woche, 24.9.2003

⁹ www.cogforlife.org

Die Diphtherie

Eine Krankheit, die man bei uns nicht mehr kennt

Geschichte einer Krankheit

Bereits im Altertum kannte man die Diphtherie. Sie trat vorwiegend als Kinderkrankheit auf. Im „babylonischen Talmud“ erwähnten die Juden eine Krankheit mit dem Namen Askara. Die Beschreibung entspricht der heutigen Diphtherie. Als Vorbeugung empfahl man der Bevölkerung, jeden Monat einmal Linsen zu essen, zu jeder Nahrung Salz zu gebrauchen und zu jedem Getränk Wasser beizumischen. Damit glaubte man, die Krankheit fernzuhalten. Der Arzt Aretaios aus Kappadokien beschrieb etwa zur gleichen Zeit die Behandlung akuter und chronischer Krankheiten. Er glaubte, Diphtherie entstehe durch den Genuss kalter Dinge. Um die Membran bei der Diphtherie zu lösen, riet er zum Gurgeln mit abgekochten Linsen.

Auch in den hippokratischen Schriften wird sie erwähnt, vor allem im 2. Buch, den „*Epidemien*“. Er vermutete eine Blutstockung in der Halsschlagader als Ursache und empfahl einen Aderlass. Ebenso sollten die Patienten Wasserdämpfe inhalieren, denen ätherische Öle beigemischt waren. Praxagoras versuchte das Problem kühner und gewaltsamer zu lösen, indem er bei der Schwellung des Rachens das Zäpfchen wegschnitt. Man vermutete, die Krankheit sei aus dem Morgenland eingeschleppt worden und gab ihr daher den Namen „ägyptische Krankheit“. Man verordnete nach den Angaben von Plinius d. Ä. 1 Drachme (ca. 3,6 g) zerstossenes Schwalbennest in einem Trank oder 21 zerriebene Tausendfüssler in 1 Gemina (0,266 1) Wasser. Ausserdem sollten eine Hundepetsche, dreimal um den Hals gelegt oder ein Halsumschlag bestehend aus in Öl und Wein eingeweichtem Taubenkot als Behandlung dienen. Neben diesen etwas seltsam anmutenden Behandlungen soll aber angeblich bereits im 1. Jahrh. v. Chr. in Rom ein anderer griechischer Arzt, Asklepiades von Prusa in Bithynien einen Luftröhrenschnitt (Tracheotomie) ausgeführt haben.

Als das römische Weltreich zusammengebrochen war, ging viel wertvolles Wissen verloren, vor allem in der Medizin. Um das Jahr

580 tauchte die Diphtherie erstmals im Kloster St. Denys auf, man nannte sie Espinacia. Um ihr zu entkommen, bzw. um geheilt zu werden, wurden wieder magische Mittel angewandt. Da das neu aufkommende Christentum nicht imstande war, sie zu verbieten, integrierte man sie mit in die Lehre. So entstand z.B. daraus am 3. Februar der Blasiussegen.

885 verlor das Heer von Kaiser Lothar, einem Enkel Karls des Grossen, mehr Soldaten durch die Diphtherie als durch die verhängnisvolle Schlacht bei Fonteney.¹ Fast zur gleichen Zeit wütete die Diphtherie auch im Nahen Osten. 1034 n. Chr. starben im Irak und in Syrien viele Menschen an dieser Krankheit. Man nannte die Seuche Chawanyk und sie trat nochmals von 1145 bis 1146 in Bagdad und Umgebung auf. Bereits Ende des 10. und Anfang des 11. Jahrh. beschrieben zwei grosse arabische Chirurgen den Luftröhrenschnitt als einzige Massnahme gegen einen Erstickungstod. Bis in das hohe Mittelalter wurde eine Sektion von den Bischöfen mit Leichenschändung gleichgesetzt, daher distanzierten sich die Mönchsärzte auch von den Luftröhrenschnitten. Das bedeutete in der Praxis, dass dieser Eingriff von Barbieren vorgenommen wurde. Da ein grosser Teil der so Behandelten verblutete, da man noch keine blutstillenden Mittel kannte, nannte man die Barbiere schliesslich „Halsabschneider“.²

Im Jahr 1517, dem Jahr in dem Martin Luther seine Thesen an die Kirchentür in Wittenberg anschlug, kam es ebenfalls zu einer Diphtherieepidemie. Damals wie heute nutzten böse Zungen die Gunst der Stunde und machten die „Abtrünnigen“ für den Ausbruch verantwortlich. Doch schnell stellte sich heraus, dass unter den Opfern keineswegs nur Protestanten waren. Ausserdem waren meist Kinder betroffen. Die ersten Aufzeichnungen über Diphtherie in Mitteleuropa sind von dem spanischen Arzt und Dichter Francisco Lopez de Villabos (1473-1549). Er war der Leibarzt verschiedener spanischer Könige.

In Deutschland kam die erste genaue klinische Beschreibung dieser Krankheit nicht von einem Arzt, sondern von dem Buchdrucker und Schriftsteller Sebastian Franck (1593-1674). 1564 grässigte erneut eine Diphtherieepidemie in Deutschland. Der damaligen Zeit entsprechend machte man Hexen für die Krankheit verantwortlich, was verhängnisvolle Konsequenzen für die armen Frauen hatte. 1581

erkrankte auch Wilhelm von Oranien, der Thronfolger der Niederlande an der Diphtherie. Zwei Jahre später, 1583, wurde die Krankheit aus den heissumkämpften niederländischen Provinzen, durch die spanischen Soldaten nach Spanien verschleppt, wo sie mit kurzen Unterbrechungen mehr als 35 Jahre wütete. Im Volksmund nannte man sie Garrotillo.

Bereits 1610 tauchte die Epidemie in Südalitalien auf, wo sie allein 1617 im Königreich Neapel 60'000 Kinder getötet hat. Ein angesehener neapolitanischer Arzt, Marco Aurelio Severino wendete bei dieser Epidemie den Luftröhrenschnitt an, allerdings mit dem Unterschied, dass er zusätzlich eine Metalltube einführte. Viele sollen dadurch wieder genesen sein. Doch die anderen Ärzte wagten keine Nachahmung, da das Volk diese Art der Behandlung ablehnte und jeden Anwender als Halsabschneider bezeichnete.³

Der holländische Arzt Nicolas Tulp (1593-1676) wies als erster auf die Schädigung des Herzmuskels hin, auf der die meisten Todesfälle beruhen. Johann f. Struensee (1737-1772) obduzierte mehrere an Diphtherie Verstorbene und erkannte als Erster in der pharyngealen Pseudomembranbildung (Membran im Rachen) die eigentliche Ursache der grauenvollen Erstickungsanfälle. 1770 versuchte Unger in Deutschland, durch eine in Leinöl getauchte Feder in der Luftröhre einen Hustenreiz zu erzeugen, um damit die Ausstossung der Membran zu bewirken.

In Nordamerika trat Diphtherie erstmals Anfang des 18. Jahrh. auf. Da sie nur selten Erwachsene betraf, nannte man sie Kinderpest. 1799 kam es zu einer grösseren Epidemie, der auch George Washington zum Opfer fiel.⁴ Der schottische Arzt Francis Home benutzte erstmalig für die Bezeichnung der Krankheit das schottische Wort für Heiserkeit „croup“.

Napoleon Charles, Kronprinz von Holland und Lieblingsneffe von Napoleon Bonaparte, starb am 5.5.1807 ebenfalls an Diphtherie, die man damals Krupp nannte. Auch Napoleons geschiedene Frau, Josephine, starb am 29.3.1814 an einer Diphtherieerkrankung.⁵ 1819 trat eine Diphtherieepidemie in der Garnison von Tours auf. Frankreich war damals führend auf dem Gebiet der jungen pathologischen Anatomie. Anlässlich dieser Epidemie stellte Paul Bretonneau anhand

von etwa 60 Leichenöffnungen fest, das die Todesfalle beim Krupp durch ein Häutchen zurückzuführen sind, das sich in der Kehle bildet und sehr schnell in die Luftröhre hineinwächst. Er gab der Krankheit deshalb einen anderen Namen, der so ähnlich bis heute geblieben ist: Diphtheritis. Das Wort leitet sich vom griech. Diphther ab, was Häutchen heisst.⁶ Sein Schüler Troussseau änderte den Namen schliesslich in Diphtherie, weil er erkannte, dass es sich nicht nur um eine örtliche Entzündung handelte. Er wandte im Pariser Hospital des Enfants den Luftröhrenschnitt systematisch an. Allerdings verstarben von 18 so behandelten Kindern 14 an den Folgen des Eingriffs und nicht an der Krankheit selber. Während des deutsch-französischen Krieges von 1870/71 traten extrem viele Diphtheriefälle auf, was allerdings in den Heeresstatistiken nicht vermerkt wurde. Nach der Gesamtstatistik der Pariser Krankenhäuser verstarben im Jahr 1881 von 1255 Diphtherieerkrankten 829, d.h. 66 Prozent. In der gleichen Zeit verstarben von 12736 mit Luftröhrenschnitt behandelter Kinder 9*161 innerhalb von drei Wochen nach dem Eingriff.⁷ Der Arzt Edwin Klebs war der erste, der den Erreger der Diphtherie feststellte. Der Komponist Georges Bizet starb im Alter von nur 37 Jahren ebenfalls an einer Diphtherie.

Im kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin unternahm auf Anregung von Robert Koch der junge Militärarzt Friedrich Loeffler den Versuch, dem vermuteten Erreger der Diphtherie auf die Spur zu kommen, bzw. anzuzüchten. 1884 gelang es ihm, aus der grauweissen Membran, die er aus dem Rachen und Kehlkopf an Diphtherie verstorbener Kinder entnahm, einen Keim zu züchten. Zu ihrer Züchtung benutzte Loeffler erstarrtes Blutserum von Rindern, Hammeln oder Pferden, das heute noch in der bakteriologischen Technik als Loefflerserum bezeichnet wird. Loeffler benutzte Meerschweinchen, die er mit der Reinkultur infizierte und wovon viele nach fünf Tagen verendeten. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, dass „viele“ aber nicht alle Tiere starben. Nach den Koch'schen Postulaten hätten eigentlich alle Tiere sterben müssen! Bei weiteren Untersuchungen stellte Loeffler fest, dass die Stäbchen, die er gezüchtet hatte, und an denen scheinbar die Tiere verendet waren, ausschliesslich nur im Ödem an der Impfstelle, nie aber in den inneren Organen,

auch nicht in den Nebennieren, nachzuweisen waren.⁸

1888 bewiesen in Paris die beiden Schüler von Louis Pasteur, Emil Roux und sein Schweizer Mitarbeiter Yersin (der später den Pesterreger entdeckte), dass ein Gift und nicht die Bazillen selber schuld an der Erkrankung sind. Sie benutzten zur Züchtung allerdings flüssige Nährböden, und zwar eine alkalische Bouillon und Hessen die Kultur 10 bis 14 Tage im Brutschrank stehen. Mit ihren Versuchen wurde zum ersten Mal belegt, dass die Krankheitserscheinungen von einem Gift verursacht werden.⁹

1890 wurde der Stabsarzt Emil Behring an das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin zu Robert Koch berufen. Seine Hauptaufgabe bestand in der Bekämpfung von Diphtherie und Tetanus. Bereits an seiner vorherigen Arbeitsstelle in Posen beschäftigte er sich mit chemischen Studien über Desinfektion und „Antisepsis“. Er träumte von einer „inneren Desinfektion“, d. h. einer Abtötung von Bakterien durch chemische Substanzen im Körper von infizierten Lebewesen. Durch die Thesen von Pasteur und Koch war man der irrgen Meinung, jegliche Krankheit sei durch eine Mikrobe verursacht. Sie zu finden und zu töten war der Traum eines jeden Arztes. Dieser ausschliessliche Blick auf den sogenannten „Erreger“, der im Laufe der Jahre mit einem Tunnelblick zu vergleichen ist, lässt die Mediziner den Menschen als Gesamtes nicht mehr erkennen. Diese Situation hat sich bis heute leider noch nicht geändert.

Behring legte in der Folge mit seinen Untersuchungen den Grundstein für die bis heute gültige Antigen-Antikörper-Theorie sowie für eine Prophylaxe mit Toxoidimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Er stellte fest, dass Jodoform eine paralysierende (lähmende) Wirkung auf entzündungserregende Bakterienprodukte hat. Bei der Prüfung der verschiedenen Chemikalien fand er, dass sowohl Jodtrichlorid als auch Goldnatriumchlorid die lokale Giftwirkung des Diphtheriereggers lähmten. Seine anschliessenden Tierversuche sahen folgendermassen aus: Er gewöhnte die Versuchstiere an das Gift, indem er ihnen untotdliche Dosen beibrachte, die er allmählich steigerte. Gleichzeitig spritzte er ihnen Jodtrichlorid, um sie vor dem Gift zu „schützen“. Spritzte er nun denselben Tieren nach drei bis vier Wochen vollvirulente Diphtheriebakterien oder Dosen von Diphthe-

rietoxin, so blieben die Tiere gesund. Er folgerte, da die letzte Spur von Jodtrichlorid aus dem Organismus ausgeschieden sein musste, habe sich ein Gegengift, ein Antitoxin gebildet, dass die Tiere vor der Krankheit schütze. Damit war das „Heilserum“ geboren. Heute nennen wir es passive Impfung oder Immunglobuline.¹⁰

Dies alles liest sich natürlich spannend und ohne viel Nachdenken bejaht man auch die Überschüttung von Behring mit Lobeshymnen und Auszeichnungen wegen seiner Arbeit. So erhielt er z.B. 1901 den Nobelpreis für seine diesbezüglichen Forschungen und wurde geadelt und durfte sich fortan von Behring nennen. Doch bei näherem Hinsehen stellen sich Fragen, auf die unsere Wissenschaft bis heute keine Antworten weiss. Die von Behring aufgestellte Antigen-Antikörper-Theorie wird bis heute fraglos übernommen. Man gewinnt fast den Eindruck, als scheue man sich, diese Hypothesen zu hinterfragen, aus Angst, ein mühsam errichtetes, fragiles Gebäude zum Einsturz zu bringen. Das, was Behring mit seinen Meerschweinchen anstellte, war nichts anderes, als das, was Levin sehr anschaulich über Tetanus geschrieben hat (*s. Kapitel über Tetanus*). Hier handelt es sich nicht um einen „Schutz“ vor der Krankheit durch die Impfung, sondern um eine Gewöhnung des Körpers an das Gift. Dass nicht alle seine Versuchstiere erkrankt sind ist auch erklärbar. Schliesslich erkranken bei Epidemien auch nicht alle Menschen, sondern nur ein Teil davon. Wichtig ist auch der Zustand der Tiere vor der Impfung. Nur kranke, bzw. nicht gesunde Tiere oder solche mit einem Mangel an gewissen Stoffen erkranken nach einer sogenannten „Ansteckung“. Ein gesundes Tier kann, genauso wie natürlich auch ein gesunder Mensch, nicht angesteckt werden. Alle diese Gedankengänge sind nicht in die Arbeiten Behrings mit einbezogen worden. Denn wenn er sie mit berücksichtigt hätten, wäre das „Heilserum“ nicht zur Anwendung gekommen.

Noch einige Gedanken zum Ausdruck Serum. Wenn Blut gerinnt, so trennt es sich in zwei Teile, den Blutkuchen und das klare, schwach gelb gefärbte Blutwasser, das Serum. Fodor stellte 1887 fest, dass die Säftemasse des normalen lebenden Körpers, besonders das Blut, bakterienvernichtende Eigenschaften besitze. Behring und sein Kollege Buchner entdeckten dann, dass die bakterienvernichtende

Eigenschaft nicht nur dem Blutkuchen, sondern auch dem Blutwasser, dem Serum zukomme. Buchner entdeckte nun (ohne Behring) 1889, dass den Eiweisskörpern im zellenfreien Serum die bakterienfeindliche Eigenschaft zuzuschreiben sei. Diese Tatsache benutzte Behring für seine weiteren Forschungen und deshalb nannte er auch sein Mittel „Heilserum“. ¹¹ Als Versuchstiere dienten Behring nur Meerschweinchen. Infolgedessen waren die gewonnenen Mengen an „Heilserum“ sehr klein und er konnte sie zur Therapierung von Menschen nicht benutzen. Nun besass Behring noch von seinen Milzbrandversuchen her einen grossen algerischen Hammel, der für die Wissenschaftler nicht mehr interessant war, sondern nur noch Kosten wegen des Futters verursachte. Robert Koch wollte das Tier loswerden. Da kam ihnen die Idee, ihn für die Diphtherieversuche zu gebrauchen. Das Tier bekam 10 ccm der virulentesten Diphtheriekultur subkutan gespritzt. Zwölf Stunden später stand Behring im Stall bei dem sterbenden Hammel. Jetzt wusste er, wo er grosse Mengen Serum herbekam! Sie kauften nun drei Schafe, die sie mit dem Serum impften, um „Heilserum“ zu erhalten. Mit dem Serum dieser Schafe wurde in der Weihnachtsnacht 1891 in der Charité in Berlin zum ersten Mal ein von den Ärzten aufgegebenes diphtheriekrankes Kind von Behring behandelt. Das Kind überlebte und alle sprachen von einem Wunder. ¹² Hier genügte Behring ein einziger Fall, um voller Überzeugung an dieses Serum zu glauben. Das Kind hätte evtl. auch ohne diese Therapie überlebt. Diese Überlegung hätte man zumindest anstellen müssen. In Frankreich benutzte Roux, angeregt durch die Studien von Behring, Pferde zur Serumherstellung. Das ist bis heute so geblieben.

Behring war der erste, der eine Brücke zwischen Grundlagenforschung und Industrie schlug und einen bis heute unheilvollen Weg ebnete: Er gewann die Hoechster Farbwerke zur technischen Grossherstellung von seinem Serum. Wenn man die grossen Pharmakonzerns zurückverfolgt - sofern das wegen der vielen Fusionen noch möglich ist - dann stellt man fest, dass alle aus der Farben- und Chemieindustrie hervorgegangen sind. Behring entwickelte Standardpräparate, die noch heute im Paul-Ehrlich-Institut in Langen bei Frankfurt aufbewahrt werden. Ende 1892 wurde das erste industriell herge-

stellte Antiserum an die Kinderkliniken in München, Leipzig und Berlin abgegeben. Heute schwärmt man von den grossen Erfolgen, die diese neue Methode brachte. Behring wird als Retter der Menschheit angesehen. Wie die Lage damals vor über 100 Jahren tatsächlich war, ist in alten medizinischen Büchern und Schriften nachzulesen:

„Im Krankenhause zu Charlottenburg wird jeder Fall von Diphtherie grundsätzlich mit Behringschem Serum behandelt. Nach dem soeben ausgegebenen Verwaltungsbericht 1895/96 fanden im letzten Jahre 53 Kinder mit Diphtherie im Krankenhause Aufnahme, die also sämtlich gespritzt wurden. Von diesen 53 starben 10; das ist beinahe 20 Prozent! - Ausserdem musste trotz des Serums an 13 Kindern der Luftröhrenschnitt vorgenommen werden; von diesen 13 Kindern starben 6, also etwa die Hälfte. — So heilt das Serum! Und da jubeln die Serum-Freunde über die wunderbaren Erfolge dieses Saftes! — Wie bescheidene Leute sind sie doch, und welch fürchterliche Sterblichkeit müssen sie mit ihren früheren Mitteln gehabt haben! — Und die Erfolge des Naturheilverfahrens und der Homöopathie mit 1, 2, wenn es hochkommt, 3 Prozent Sterblichkeit, schweigt man tot! Der obige Bericht bringt auch wieder einen neuen Beleg dafür, dass die Impfung nicht vor Diphtherie schützt. Ein Kind, das ebenfalls mit Serum behandelt und genesen war, erkrankte 20 Tage später von neuem an Diphtherie! So schützt das Serum!“¹³

Ein Fall verursachte damals in Deutschland, besonders in Ärztekreisen, grosses Aufsehen: Der Tod des kleinen knapp zweijährigen Ernst Langerhans in Berlin. Er war der Sohn von Prof. Dr. Langerhans. Die Familie Langerhans hatte bereits im Vorjahr zwei Kinder an Diphtherie verloren und bangte nun um den kleinen Sohn, da die Köchin des Hauses an Diphtherie erkrankt war. Um das Kind vor einer Ansteckung zu schützen, impfte der Professor seinen Sohn selber. Zwei Stunden später war das bisher gesunde Kind tot. In der Todesanzeige stand: „Die Beerdigung unseres heissgeliebten, durch das Behringsche Serum vergifteten Sohnes findet Sonnabend, den 11. April, um 11 'A Uhr auf dem Dorotheen-Friedhofe statt.“ Auf Wunsch der Eltern wurde eine Obduktion vorgenommen, bei der man eindeutig als Todesursache das Heilserum angab.¹⁴

Prof. Dr. Kassowitz aus Wien, begann seinen Vortrag an einer

Tagung der „Gesellschaft der Ärzte“ in seiner Heimatstadt mit folgenden Worten:

„Seitdem wir im September 1894 aus Behrings Munde vernommen haben, dass nunmehr die Mortalität der Diphtherie bis auf ein Zehntel der jetzigen Todesfälle herabsinken werden, sind Tausende und aber Tausende von Kindern mit diesem Mittel behandelt worden. Wir können uns jetzt die Frage vorlegen, wie viel denn von Behrings Versprechungen sich erfüllt haben. Ich stehe nicht an, frei und offen zu bekennen, dass ich im Laufe der Zeit allmählich den harten, dornenvollen Weg von der steten Zuversicht bis zur tiefsten Entmutigung zurückgelegt habe und zur Überzeugung gelangt bin, dass die wichtigsten Teile der uns von Behring gemachten Versprechungen nicht in Erfüllung gegangen sind, und dass ich mich nur noch an einige wenige, vorderhand scheinbar günstige Momente anklammere, um nicht jede Hoffnung auf die Wirksamkeit des neuen Mittels aufgeben zu müssen. Kaum jemals ist von einem Manne der Wissenschaft ein so schwerwiegendes Versprechen mit weniger Berechtigung und geringerer Überlegung gemacht worden. Zahlreiche, nach Behring immunisierte Kinder sind innerhalb der nächsten Wochen an Diphtherie erkrankt, einzelne an Diphtherie gestorben. Trotz Behandlung mit grossen Dosen sind viele Kinder einige Wochen später neuerdings an Diphtherie erkrankt. In zahlreichen Fällen sind Kinder, die am ersten oder zweiten Tag der Erkrankung mit ausreichenden Dosen des Heilsersums behandelt worden sind, ihrer Krankheit erlegen. Weiter ist es sicher, dass ein grosser Teil der verstorbenen Kinder direkt durch die spezifische Wirkung des Diphtherie-Erregers getötet wurde, der also durch das Serum nicht unschädlich gemacht wird. Herzlämmungen und andere, als Folgeerscheinungen der Diphtherie auftretende Lähmungen sind auch an früh und ausreichend mit Serum behandelten Kindern in grösster Zahl beobachtet worden. Diese Sätze scheinen mir vollkommen festzustehen und damit ist, meiner Ansicht nach, der grösste und wichtigste Teil des von Behring ausgeführten Gebäudes zusammenstürzt. (. . .) Als stärkste Stütze des Serumheilverfahrens wird die Herabsetzung des Mortalitätsverhältnisses der in den Spitätern behandelten Diphtheriekranken angegeben. Das ist aber lediglich darauf zurückzuführen, dass in der Periode des allgemeinen Se-

rumenthusiasmus die Verhältnisse bezüglich der Aufnahme der Diphtheriekranken in den öffentlichen Krankenanstalten nicht dieselben geblieben sind wie früher. Es werden jetzt viel mehr Fälle, und zwar von leichter und leichtester Art, in die Spitäler gebracht, da man täglich predigt, dass die Serumbehandlung am ersten oder zweiten Tag beginnen müsse, während vor der Serumbehandlung das Diphtheriematerial der Spitäler fast ausschliesslich aus schweren und schwersten Fällen bestand. Aus offiziellen Daten geht aber klar hervor, dass in Berlin die Serumbehandlung an der allgemeinen Sterblichkeit nach Diphtherie spurlos vorübergegangen ist, dass der Prozentsatz der Verstorbenen sich gar nicht geändert hat, und ebenso ist es in dieser Hinsicht in Wien. Aus den offiziellen Berichten des Stadtphysikats geht hervor, dass die Serumbehandlung auch in Wien keinerlei gewichtigen Einfluss auf die Mortalitätsverhältnisse herbeigeführt hat. Das Sterblichkeitsprozent bewegte sich 1892, 1893 und 1894 zwischen 34 und 35, und in den zehn Wochen der Serumbehandlung betrug es 34,8. Daraus ersieht man, dass die Serumbehandlung gar keinen Einfluss auf die Sterblichkeit ausgeübt hat."

Prof. Kassowitz schloss seine Ausführungen mit folgenden Worten: „Der Erfinder der Serumtherapie hat uns versprochen, dass die Sterblichkeit an Diphtherie durch sein Mittel auf ein Zehntel der bisherigen Todesfälle herabgesetzt wird. Bis jetzt aber ist auch nicht einmal der schüchternste Anfang zu einer solchen Wendung gemacht worden.“¹⁵

1894 erschien eine von Dr. Liebreich herausgegebene Zeitschrift „Therapeutische Monatshefte“, in der er objektiv und nüchtern alle bisherigen Erfahrungen mit dem "Behringsschen Heilserum" gesammelt hatte. Er listet eine Reihe von schweren Erkrankungen auf, die nach dem Impfen auftraten und oft Wochen oder Monate andauerten. Unter anderem beschreibt er den Fall vom Geh. Medizinalrat Dr. Pistor in Berlin, dessen siebenjährige Tochter schwer betroffen war. Sie wurde geimpft und lag mehr als drei Monate todkrank im Bett. Ebenso beschreibt er einige Todesfälle. Der französische Arzt Bariot in Paris, der zuerst ein begeisterter Verfechter der Methode war, warnte später direkt vor der Anwendung.

Bei aller Euphorie für das Serum darf nicht vergessen werden,

dass es vor allem den damaligen Ärzte auffiel, dass Behrings Entdeckung „in den abfallenden Zweig der sekulären Diphtherie-Welle gefallen“¹⁶ war. Was auf gut Deutsch nichts anderes heisst, als dass die Diphtherieerkrankungen bereits stark im Rückgang begriffen wa-ren, bevor Behring mit seiner Erfindung aufwarten konnte.

Der Rückgang der Diphtherie

In Deutschland, der Schweiz und Österreich ist die aktive Diphtherieimpfung Mitte bis Ende der zwanziger Jahre eingeführt worden. Wie aus den nebenstehenden Grafiken ersichtlich ist, war bereits bei Beginn der Impfungen ein natürlicher Rückgang der Krankheit offensichtlich.

Der starke Anstieg Mitte der vierziger Jahre ist bedingt durch den Zweiten Weltkrieg. Diphtherie ist, und das gilt es immer wieder zu betonen, eine Krankheit die ausschliesslich unter gewissen sozio-ökonomischen Bedingungen auftritt. Für ihr Aufkommen benötigt es Krieg, Not und Elend. Wenn man sich die Geschichte dieser Krankheit noch einmal in Erinnerung ruft, so erkennt man leicht die Höhe-

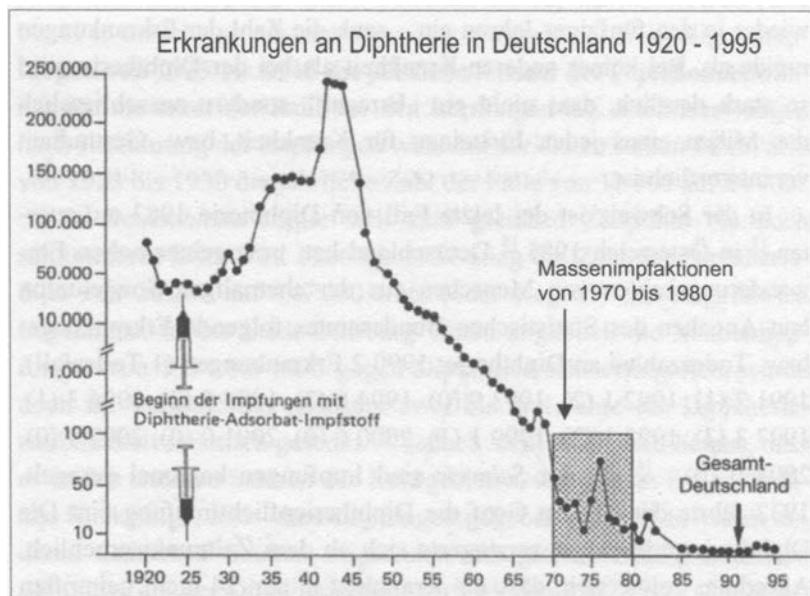


Bild 02

Quelle: Buchwald G., Impfen das Geschäft mit der Angst,, Knaur Verlag

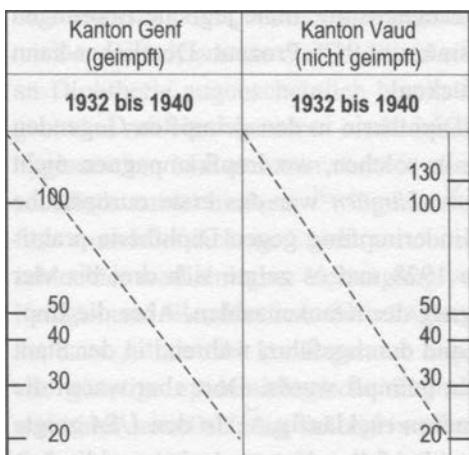


Bild 03

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Bern und Bundesamt für Statistik, Bern

punkte der Krankheit. Es waren immer Kriege, Verwüstungen und Vertreibungen. Obwohl in Deutschland in der Nachkriegszeit nicht gegen Diphtherie geimpft wurde - die Impfungen pendelten sich erst wieder in den fünfziger Jahren ein - sank die Zahl der Erkrankungen rapide ab. Bei keiner anderen Krankheit als bei der Diphtherie wird so stark deutlich, dass nicht ein „Erreger“, sondern ausschliesslich das Milieu eines jeden Einzelnen für Krankheit, bzw. Gesundheit verantwortlich ist.

In der Schweiz ist der letzte Fall von Diphtherie 1983 aufgetreten,¹⁷ in Österreich 1985.¹⁸ Deutschland hat, trotz seiner hohen Einwanderungszahlen von Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion laut Angaben des Statistischen Bundesamtes folgende Erkrankungs- bzw. Todeszahlen an Diphtherie: 1990 2 Erkrankungen (1991 0), 1992 1 (2), 1993 9 (0), 1994 8 (3), 1995 5 (2), 1996 3 (1), 1997 3 (2), 1998 1 (2), 1999 1 (1), 2000 0 (0), 2001 0 (0), 2002 1 (0), 2003 0 (0).¹⁸ In der Schweiz sind Impfungen kantonal geregelt. 1932 führte der Kanton Genf die Diphtheriepflichtimpfung ein. Die Diphtheriesterblichkeit verringerte sich ab dem Zeitpunkt erheblich. Allerdings zeigte sich, dass die Krankheit in den 24 nicht geimpften Kantonen genauso zurückging. Diese Tatsache hielt den Kanton

**Bild 04**

Vergleich des Diphtherierückgangs im Kanton Genf (geimpft) und Vaud (nicht geimpft).

Gemeldete Fälle.

Logarithmischer Massstab.

Quelle:

S. Delarue, Impfschutz, Irrtum oder Lüge, S. 112, Hirthammer, München 1993.

Vaud nicht davon ab, 1944 ebenfalls die Diphtherieimpfpflicht einzuführen.¹⁹ In der Schweiz ist die Diphtherieimpfung auch heute noch in den Kantonen Fribourg, Neuchatel, Genf und Tessin eine Pflicht-impfung.

Wenn man in *Frankreich* die Anzahl der Diphtheriefälle von 1912 bis 1945 ansieht, so erkennt man, dass während der freiwilligen Impfungen von 1923 bis 1940 die jährliche Anzahl der Diphtherieerkrankungen nie unter der Zahl vor den Impfungen lag. Vielmehr stiegen nach Einführung der Impfungen während der ersten sieben Jahre, also von 1923 bis 1930 die jährliche Zahl der Fälle von 12'000 auf 24'000.

In *Deutschland* zeigte sich zum gleichen Zeitpunkt ein noch schlimmeres Bild: Von 1926 bis 1937 stieg die Zahl der Diphtheriefälle von 30'000 auf 147'000 trotz (oder wegen?) der eingeführten Impfungen. In der Stadt Duisburg waren angeblich die Massenimpfungen von 1934 bis 1935 gegen Diphtherie sehr erfolgreich, wurde doch im Verlaufe der nächsten zwei bis drei Jahre die Diphtheriesterblichkeit merklich gesenkt.²⁰ Jedoch stellte sich bald heraus, dass es in den anderen Städten des Ruhrgebietes, wie z.B. in Essen, ähnliche Rückgänge, aber ohne Impfungen gegeben hatte.²¹ In vielen anderen deutschen Städten zeigte sich das gleiche Bild. Landesweit sank die Zahl der Diphtheriefälle von 1946 bis 1952 von 152'000 auf 20'905 und die der Todesfälle von 1946 bis 1951 von 6'280 auf 533.

In dieser Zeit sank also die Krankheitsrate, ohne jegliche Impfungen um 86 Prozent und die Todesrate um 91,6 Prozent. Deutlicher kann man es wohl nicht mehr ausdrücken!

In *Australien* ist 1923 die Diphtherie in den geimpften Gegenden genauso zurückgegangen wie in solchen, wo Impfkampagnen nicht durchgeführt worden waren.²² *Ungarn* war das erste europäische Land, in dem eine massive Kinderimpfung gegen Diphtherie praktiziert wurde. Sie begann Ende 1928 und es zeigte sich drei bis vier Jahre später ein starker Rückgang der Krankenzahlen. Aber die Impfungen wurden nur auf dem Land durchgeführt, während in der Stadt Budapest selber praktisch nicht geimpft wurde. Dort aber waren die Zahlen der Diphtheriefälle genauso rückläufig.²³ In den *USA* zeigte sich nach offiziellen Angaben ebenfalls, dass nach dem zyklischen Wiederaufkommen der Diphtherie von 1915 bis 1925 sowohl die Krankheit als auch die Sterberate in den sehr wenig geimpften Städten genauso zurückging wie dort, wo sehr stark geimpft worden war.

²⁴ In *England* starteten die Massenimpfungen gegen Diphtherie gegen 1940. Die Zahl der Erkrankungen fiel nach 1940 jährlich um 50'000 bis 60'000 bis 1950, als es wieder sporadische Ausbrüche gab. Wenn man allerdings eine grössere Zeitspanne betrachtet, erkennt man, dass die Diphtherietodesrate kontinuierlich seit 1860 mit ca. 1'300 Toten bis 1940 mit weniger als 300 Toten sank. In der Zeit von 1865 bis 1875 war der Rückgang am markantesten. Zu einer Zeit also, in der man nicht einmal den „Erreger“ entdeckt hatte.²⁵ Vor Einführung der Pflichtimpfung in England unterschrieben mehr als 50 Ärzte eine Petition, in der sie sich gegen diese Impfung wehrten, mit der Begründung, dass die Erkrankung in Schweden gänzlich ohne Impfungen verschwunden sei.²⁶ In den *Niederlanden* und in *Schweden* hatten die Diphtherieerkrankungen 1944 ihren Höhepunkt erreicht. Doch obwohl in den Niederlanden ab 1939 Massenimpfungen einsetzten und in Schweden nicht geimpft wurde, war der Rückgang in beiden Ländern gleich gross.^{27, 28} In *Norwegen* gab es damals ebenfalls keine Diphtherieimpfungen. Zur gleichen Zeit in der im geimpften Deutschland 150'000 Fälle auftraten, waren es in Norwegen lediglich 50 Fälle. Publikationen der WHO zeigten, dass die Diphtherie stetig zurückging in den meisten europäischen Ländern,

einschliesslich dort, wo es keine Diphtherieimpfungen gab.²⁹

Der Grund, warum die Sterblichkeit, aber auch die Erkrankungen an Diphtherie augenscheinlich bereits in der Vorimpfära zurückgingen, sind mit einer besseren medizinischen Versorgung, den seuchenhygienischen Massnahmen und vor allem der Steigerung des Lebensstandards zuzuschreiben.³⁰ Diphtherie ist heute eine Krankheit, die fast ausschliesslich in Ländern mit niedrigem Lebensstandard und schlechter medizinischer Versorgung vorkommt, einschliesslich Not-, Kriegs- und Elendszeiten. Selbst vehemente Impfbefürworter geben zu, dass „Länder mit konsequenteren Impfprogrammen (...) eine ähnliche günstige epidemiologische Situation (verzeichnen) wie Länder mit einer unvollständig durchgeimpften Bevölkerung“. ³¹ In Japan fing man relativ spät mit den Diphtherieimpfungen an. Im Oktober 1948 startete man die Impfkampagnen, die aber bereits Anfang 1949 wegen 40 auf die Impfung zurückgehender Todesfälle eingestellt wurde, um erst 1950 wieder aufgenommen wurden. Der Höhepunkt der Epidemie war 1944/45 zu verzeichnen. Von da an erfolgte ein markanter Rückgang der Krankheiten bis zum Jahr 1950, ohne jede Impfung.³² Besonders eindrücklich sind die Zahlen deswegen, weil es in Japan um diese Zeit Not und Elend in grossem Ausmass gab.

Dass Impfungen keinen Anteil am Rückgang der Diphtherie hatten, gibt man in medizinischen Kreisen auch zu. Nur den Eltern kleiner Kinder gegenüber wird diese Tatsache leider verschwiegen. Hier einige Zitate: „*Aktive Immunisierungsmassnahmen und Chemotherapie sind darauf (Häufigkeit der Diphtherie, d. A.) ohne Einfluss, der langsam einsetzende Rückgang der Morbidität begann schon vor der Einführung dieser therapeutischen Prinzipien.*“³³

„*Die Diphtherie, die schon mehrmals in säkularen Wellen aufgetreten ist und in solchen Zeiten zahllose Kinder dahinraffte, ist heute eine seltene Erscheinung geworden. (. .) Die Gründe hierfür sind unklar; inwieweit die Diphtherieschutzimpfung dabei eine Rolle spielt, ist unbekannt, da auch in Ländern, in denen sehr unvollkommen geimpft wird, ein Rückgang zu verzeichnen ist.*“³⁴ In der Ärzte-Woche wird zugegeben, dass es Studien gibt „die besagen, dass die Überlebenschancen um 1920 gleich hoch waren wie heute“.

³⁵ Nach dem oben Beschriebenen ist klar ersichtlich, dass in keinem

einzigem Land ein Rückgang der Diphtherie durch die Impfungen zu verzeichnen ist. Im Gegenteil, dank den Diphtherieimpfungen nahmen die Fälle wieder zu.

Die Diphtherieepidemien in Russland

Als Eltern bekommt man vom impffreudigen Kinderarzt immer wieder zu hören, dass bei uns dank der Impfungen jetzt zwar so gut wie keine Diphtherie mehr auftreten würde, jedoch müssten wir uns weiterhin impfen lassen, denn in Russland und den anderen Staaten der ehemaligen Sowjetunion gebe es noch regelmässig Epidemien. Durch die Öffnung der Grenzen nach Osteuropa und die damit verbundene Emigrationswelle bestehe eine erhöhte Ansteckungsgefahr für uns und unsere Kinder. Früher, so hören wir, sei die Impfrate in diesen Ländern sehr hoch gewesen, doch mit dem Zusammenbruch der Sowjetunion sei auch ein Zerfall des Gesundheitswesens einhergegangen. Bei den heutigen Epidemien seien fast ausschliesslich ungeimpfte Personen betroffen.

Doch die veröffentlichten Daten sprechen eine andere Sprache. In einer Untersuchung heisst es, dass mögliche Faktoren, die zur Ausbreitung der Epidemie beigetragen hätten, eine sehr anfällige Kinder- und Erwachsenenpopulation, die sozioökonomische Instabilität, Bevölkerungsbewegungen und eine sich verschlechternde Gesundheitsinfrastruktur seien. Interessanterweise stellten die Autoren selber fest, dass die Krankheit in den einzelnen Ländern unterschiedlich häufig auftrat. In Estland und Litauen gab es nur wenig Fälle, dort leben die Menschen in einem relativen Wohlstand. In Lettland kam es aber 1994 zu einer Epidemie mit 9,6 Erkrankungen auf 100000 Einwohner und einem weiteren dre- bis vierfachen Anstieg im Vergleich zur erwarteten Häufigkeit. Die höchste Erkrankungshäufigkeit trat bei den gut geimpften Altersstufen auf, die niedrigste Häufigkeit bei den jungen Erwachsenen. Zitat aus der Untersuchung: „*Andere Länder haben berichtet, dass der Anteil der Fälle bei Erwachsenen nach Einführung der Impfungen anstieg*“³⁶

Die tiefe Impfrate kann keinesfalls für diese Situation verantwortlich gemacht werden, da laut den Autoren die Impfbereitschaft hoch sei. 90 Prozent der zehnjährigen Kinder haben mit neun Jahren eine

zweite Auffrischimpfung erhalten. Ausserdem spielt auch noch ein anderer Faktor eine wichtige Rolle: Die sowjetischen Streitkräfte werden laut den Autoren für die Einführung und Ausbreitung der Diphtherie auch mitverantwortlich gemacht. Während des Krieges in Afghanistan wurden viele Diphtheriefälle gemeldet, und zwischen Mai 1988 und Februar 1989 wurden mindestens 100000 Sowjetsoldaten aus Afghanistan abgezogen. Die Armee, dass weiss man, ist schon immer das bevorzugte Impfziel gewesen. Die Streitkräfte haben also, infiziert durch die Impfungen, die Diphtherieepidemie ausgebreitet.

In einer anderen Untersuchung wird berichtet, dass eine Diphtherieimpfung, die 1995 in der Ukraine durchgeführt worden sei, keinen Schutz gewährte. Das Gesundheitsministerium habe sich über das Versagen der Impfung Gedanken gemacht und eine spezielle Untersuchung angeordnet.³⁷ Nun könnten unbedarfe Menschen auf den ketzerischen Gedanken kommen, dass in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion sowieso nichts funktioniert habe. Vermutlich seien sie nicht in der Lage gewesen, einen guten und wirksamen Impfstoff zu produzieren.

Weit gefehlt! Denn die dort verwendeten Impfstoffe hatte man von „humanitären Hilfsorganisationen des Westens“ erhalten. Laut offiziellen Angaben hatte die Bevölkerung in den letzten Jahren mehr als 30 Millionen Dosen Impfstoff erhalten. Alle hatten den WHO Qualitätsansprüchen entsprochen und waren von den staatlichen Lizenzierungsbehörden oder dem Qualitätssicherungssystem der UNICEF akzeptiert worden.³⁸

Niemals ist die Wirksamkeit von Diphtherietoxoiden in einer Doppelblind-Placebo-kontrollierten Untersuchung mit Zufallsauswahl bewertet worden.

Heute geht man davon aus, dass zwischen 75 und 90 Prozent der Bevölkerung regelmässige Diphtherieimpfungen erhalten müssen, damit keine Diphtherieepidemien mehr auftreten können. Untersuchungen für Deutschland belegen aber, dass etwa 80 Prozent der Jugendlichen und Erwachsenen keine oder nicht ausreichende Impfungen erhalten haben.^{39,40} Laut Angaben von U. Quast haben höchstens 20 Prozent der über 35jährigen in Deutschland die empfohlenen

Diphtherieimpfungen.⁴¹ Im restlichen deutschsprachigen Raum ist die Situation genau gleich.

Wegen der Situation in Russland und den anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion, sowie der fehlenden Impfungen wegen wurden vor allem für Deutschland und Österreich schlimme Diphtherieepidemien Mitte bis Ende der neunziger Jahre vorhergesagt. Passiert ist, wie wir nachträglich feststellen können, nichts. In der jetzigen Situation mit Wohlstand, Hygiene und Frieden kann bei uns keine Diphtherie ausbrechen, mit oder ohne Impfung.

Die Krankheit Diphtherie

Bei Diphtheriekranken wird ein grampositives, unbewegliches, sporenbildendes Stäbchenbakterium von leicht gekrümmter, aber auch gerader Form, mit Namen Corynebakterium für die Erkrankung verantwortlich gemacht. An einem Ende oder aber beidseitig können sie etwas aufgetrieben sein, wodurch sie leicht keulenförmig aussenhen, was ihnen auch den Namen verliehen hat, coryne = griech. Keule. Laut gängiger Medizin werden diese Bakterien durch Tröpfchen übertragen. Sie können ebenfalls von klinisch gesunden Bakterienträgern oder Geimpften übertragen werden.⁴² Wie allerdings genau eine Übertragung vonstatten gehen soll, ist selbst in der modernen Medizin umstritten. Es ist weder genau geklärt, wie die toxischen Bakterien ihren Weg in ein anderes Individuum finden, noch wie der Transfer der Bakteriophagen funktioniert. Eigentlich ist alles nur ein Gerüst aus Hypothesen.⁴³

Das Bakterium verbleibt an der Ansiedelungsstelle und bildet dort das sogenannte Exotoxin. Schon allein die Tatsache, dass die Bakterien, die sogenannten „Erreger“ den Ort des Geschehens nicht verlassen, sollte zum Nachdenken anregen. Hier wird deutlich nachgewiesen, dass Bakterien nicht die Erreger, sondern bestenfalls Aufräumer sind. Das Diphtheriebakterium bildet, nachdem es mit einem Bakteriophagen infiziert wurde, Exotoxin. Bakteriophagen sind Viren, denen bestimmte Bakterienarten als Wirt dienen und die unter bestimmten Umständen für diesen Wirt pathogen sind. Diese Giftstoffe, das Exotoxin gelangt über den Kreislauf in die Zellen des Herzens, der Nieren und der peripheren Nerven. Durch die lokale Einwirkung zerstört

das Diphtherietoxin die Epithelzellen in der Umgebung der Ansiedlungsstelle. Dadurch bildet sich ein dicker, weisslich-grauer Belag, der als Pseudomembran bezeichnet wird. Diese Membran besteht aus einem Fibrinnetz, in das Bakterien, Leukozyten und Zelltrümmer eingelagert sind, darunter ist das Gewebe zerstört. Bei der Rachendiphtherie kann sich diese Membran im gesamten Nasen-Rachen-Raum ausbreiten. Bei absteigender Membranbildung kann der Kehlkopf verlegt werden, so dass die Erkrankten erstickten können. In dem Fall muss entweder eine Intubation oder ein Luftröhrenschnitt durchgeführt werden. Es kann auch zu Nasen- oder Hautdiphtherie kommen. In unseren Breitengraden ist aber fast ausschliesslich die Rachendiphtherie vorgekommen.

Nach einer Inkubationszeit von zwei bis vier Tagen, selten bis zu sechs Tagen beginnt die Krankheit plötzlich mit Halsschmerzen und Schluckbeschwerden. Die Schleimhaut im Mund ist gerötet und geschwollen und von den Mandeln ausgehend bilden sich weisse Flecken, die zu einem membranartigen Belag auf Gaumen und Rachen übergehen. Diese Pseudomembran haftet fest am Untergrund, beim Versuch sie zu lösen kommt es zu Blutungen mit anschliessender bräunlicher Verfärbung. Deshalb nannte man die Krankheit auch früher Rachenbräune. Bei einer Mandelentzündung verursacht die Entfernung der Membran keine Blutung. Dies ist ein wichtiges Entscheidungsmerkmal zwischen Diphtherie und Mandelentzündung. Meist geht die Krankheit zu Beginn ohne Fieber einher, jedoch fühlen alle Erkrankten ein schweres Krankheitsgefühl, eine Abgeschlagenheit. Nach etwa einer Woche wird die Pseudomembran abgestossen und es kommt zur Heilung. Akutes Nierenversagen und eine Herzmuskelentzündung können als Spätkomplikation bis zu acht Wochen nach Krankheitsbeginn auftreten. Die Erkrankung hinterlässt keine Immunität.⁴⁴ Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass in der medizinischen Literatur oftmals erwähnt wird, dass Antikörpernachweise sich als „unzuverlässig herausgestellt“ haben.^{45,46}

Ganz wichtig erscheint es mir auch darauf hinzuweisen, dass die Synthese des Diphtherietoxins von einem eisenbindenden Regulationsprotein reguliert wird, welches von den Bakterienchromosomen entschlüsselt wird. Die maximale Entwicklung von Diphtherietoxin

kann nur in einem Organismus entstehen, der unter Eisenmangel leidet. Bei hohen Eisenkonzentrationen wird die Produktion des Giftes gehemmt.^{47,48} Das ist ein immens wichtiger Punkt und er sollte nicht ausser Acht gelassen werden. Hier erkennt man wieder einmal, wie wichtig die richtige Konzentration z.B. von Mineralstoffen im Organismus ist.

Die passive Impfung gegen Diphtherie

Die passive Impfung gegen Diphtherie heisst heute noch immer „Heilserum“. Wegen der Seltenheit in Nicht-Epidemiezeiten ist es zur Zeit in den meisten Ländern nicht erhältlich. In Deutschland wird es seit Mai 2000 von Chiron Behring, dem einzigen Hersteller im Land, nicht mehr ausgeliefert, da kein geeignetes Ausgangsmaterial aus dem Ausland mehr zur Verfügung steht. In der Schweiz gibt es noch ein Antitoxin bei der Firma Berna, angeblich geliefert aus Kroatien.⁴⁹ Das Mittel muss über eine internationale Apotheke bezogen werden. Oftmals treten nach Gabe des Mittels allergische Schockreaktionen auf, besonders bei Pferdeallergie oder früherer Serumtherapie⁵⁰. Das Serum wird heute ausschliesslich auf Pferden produziert.

Die passive Impfung wird heute nur noch in der Behandlung, nicht aber als Prophylaxe eingesetzt, da sie dort selbst nach Angaben der Mediziner unwirksam ist.⁵¹ Ihre Anwendung ist auch nicht gefahrlos, wie eine grosse Untersuchung zeigte. Von 3558 mit der passiven Impfung geimpften Personen erlitten 320 eine Lähmung. Man stellte einen Zusammenhang her zwischen der Gabe des Impfstoffes und dem Tag der Erkrankung. So erlitten 4,8 Prozent von 1168 Patienten eine Lähmung als das Mittel nicht später als am zweiten Erkrankungstag gegeben wurde im Gegensatz zu 12,1 Prozent von 1375 Patienten, die das Mittel am vierten Krankheitstag oder noch später erhalten hatten.⁵²

Woher aber kennt man den genauen Erkrankungstag? Er ist bei allen Menschen unterschiedlich. Die Gabe von „Heilserum“ ist also mit grosser Vorsicht zu betrachten. Eine Studie, die bereits wenige Jahre nach Einführung der Diphtherieimpfung gemacht wurde, zeigte, dass eine Verbesserung der Krankheitsverläufe bei mittelschweren Fällen nicht nachgewiesen werden konnte.

Die Impfung gegen Diphtherie

Unsere Hersteller des Diphtherieimpfstoffes arbeiten noch nach dem gleichen Verfahren wie vor ca. 100 Jahren. 1926 stellte der For-scher Ramon einen ersten durch Formaldehyd entgifteten Diphtherie-impfstoff her. In flüssigen Kulturen bilden die Diphtheriestämme ein Toxin, das nach Filtration durch bakteriendichte Filter als Rohtoxin bezeichnet wird. Die Einwirkung von Formol während vier Wochen bei 39 bis 40 °C soll zur Umwandlung in ein entgiftetes Rotoxoid führen. In einem nächsten Schritt wird die Masse durch Ultrafiltration, Dialyse, Aktivkohle, Alkali- und Ammoniumsalze, Säuren, Alka-lien, Azeton, etc. gereinigt, womit eine weitgehende Entfernung des Diphtheriebakterieneiweisses bezweckt wird. Ramon war es auch, der als erster die sogenannten Adjuvantien beimischte, in dem Fall Alu-miniumhydroxid. Oftmals ist Thiomersal als Konservierungsstoff zugesetzt. Paul Ehrlich selber schaffte bereits Grundlagen für die Standardisierung von Diphtherieimpfstoffen. Er führte dazu die soge-nannte „Dosis letalis minium“ (Dlm) ein.⁵³

Der Diphtherieimpfstoff ist einer der ganz wenigen Impfstoffe, bei dem es zwei verschiedene Varianten gibt: Einen Kinder- und einen Erwachsenenimpfstoff. Der Kinderimpfstoff wird mit einem grossen „D“ und der Erwachsenenimpfstoff mit einem kleinen „d“ gekenn-zeichnet. Der „D“-Impfstoff wird bis zum vollendeten fünften Le-bensjahr verabreicht und enthält mindestens 30 IE (Internationale Einheiten) und der Erwachsenenimpfstoff enthält mindestens 2 IE Diphtherietoxoid.⁵⁴ Allerdings ist bei dem oben Gesagten das Wort „mindestens“ von Bedeutung. Nach Auskunft des Paul-Ehrlich-Institutes ist der Anteil an Diphtherietoxoid wesentlich höher als es die Angaben von 2 IE beim Erwachsenenimpfstoff vermuten lässt. Bei den meisten Impfstoffen beträgt der Anteil mindestens 8 bis 9 IE pro Dosis.⁵⁵ Der Kinderimpfstoff enthält wahrscheinlich 75 IE, an-stelle der angegebenen „mindestens 30 IE“.⁵⁶

Die Impfstoffe vom Seroinstitut Merieux änderten im Juni 1989 ihre Beipackzettel und gaben die obige neue Empfehlung heraus.⁵⁷ In der Literatur gibt es zwei Begründungen, bzw. Erklärungen für dieses Vorgehen: Säuglinge und Kleinkinder benötigen und vertragen we-

gen des unreifen Immunsystems wesentlich mehr Toxoid.⁵⁸ Eine andere Erklärung ist die, dass die Haut des älteren Menschen mit weitgehend harmlosen Diphtheriebakterien besiedelt ist. Sie bilden zwar kein Gift, können aber das Immunsystem des Organismus gegen ihre Körperbestandteile allergisch sensibilisieren. Wenn nun ein solcher Mensch eine hohe Dosis dieses Diphtherieimpfstoffes injiziert erhält, so kann er darauf mit einer schweren entzündlichen, manchmal geschwürigen, allergischen Hautreaktion reagieren, weil der Impfstoff auch Verunreinigungen vom Diphtheriebakterium enthält, die die gleiche Zusammensetzung haben wie die Diphtheriebakterien der Haut.⁵⁹

Die Diphtherieimpfstoffe der Zukunft werden wohl etwas anders aussehen. Es werden bereits Versuche mit Tieren unternommen, bei dem man den Impfstoff mittels einer Salbe auf die Haut aufträgt. Anscheinend soll die Haut dadurch nicht angegriffen werden.⁶⁰ Diese Behauptung ist allerdings anzuzweifeln, da es schliesslich die sogenannte Hautdiphtherie gibt und man bestens weiß, wie z.B. Neurodermitis-Patienten auf eine Spritzimpfung mit Diphtherie reagieren. Auch eine „Gencreme“, bei der genetische Informationen mit Fettanteilen verpackt auf die Haut gestrichen werden, ist in der Probephase.⁶¹

Wirksamkeitsstudien der Impfung

Es wurden niemals Wirksamkeitsstudien zu der Diphtherieimpfung durchgeführt, dies wird offiziell zugegeben!^{62,63} Diese Studien wurden angeblich deshalb nicht durchgeführt, weil kein Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung besteht. „Dafür spricht der deutliche Rückgang der Erkrankung und der Todesfälle nach Einführung der Impfung, der zu einem fast völligen Verschwinden der Erkrankung in Nord- und Westeuropa und den USA geführt hat (. . .) Aus derartigen Untersuchungen lässt sich eine Wirksamkeit der Vakzine gegen Erkrankungen von etwa 90 Prozent errechnen.“⁶⁴

Über derart viel Naivität kann man nur den Kopf schütteln. Es wird nur geglaubt, was in die eigene Theorie hineinpasst. Ein weiterer Beweis für die Wirksamkeit der Impfung soll sein, dass Todesfälle bei Geimpften nicht vorkommen, „es sei denn, ihre Abwehrlage ist

durch Unterernährung, Abusus oder andere das Immunsystem beeinträchtigende Umstände erheblich geschwächt." ⁶⁵ Ein Mensch der diese Voraussetzungen nicht erfüllt, wird sowieso nicht an Diphtherie sterben, mit oder ohne Impfung. Er wird ohne Impfung nicht einmal an Diphtherie erkranken.

Wie wirksam ist die Diphtherieimpfung?

Sofort nach Einführung der Diphtherieimpfung zeigte sich, dass die Impfung mehr schadete als nützte. In Frankreich wurde sie 1923 eingeführt. 1925 brach bei der Rheinarmee eine Diphtherieepidemie aus und man beschloss daraufhin, alle Rekruten zu impfen. Der damalige Militärarzt Dr. Zöller wollte wissen, ob die Impfung auch schützt und impfte 305 Rekruten mit zwei Injektionen in einem Abstand von drei Wochen. 700 nichtgeimpfte Rekruten dienten als Kontrollgruppe. Bei den Geimpften traten während der drei Wochen 11 Fälle von Diphtherie auf, während bei den Nichtgeimpften nur ein einziger Fall auftrat. Was nichts anderes bedeutet, als das elfmal so viele Diphtherieerkrankungen bei den Geimpften wie bei Nichtgeimpften auftraten.⁶⁶

Wenn der Impfstoff auch nur einen annähernd als gut zu bezeichnenden Schutz gewährleisten würde, sollte man annehmen, dass die Diphtheriefälle jetzt wenn doch nicht ganz verschwunden, so doch augenscheinlich zurückgedrängt worden sind. Weit gefehlt, das Gegenteil war der Fall. 1940 betrug die Zahl der Diphtheriefälle in Frankreich 13795, 1943 waren es 46750, 1944 41'500, und 1945 sogar 45'500. Die Sterblichkeitsrate bei den Geimpften war zweimal so hoch wie bei den Ungeimpften. Wenn man das Jahr 1946 mit in die Berechnungen einschliesst, so gab es von 1940 bis 1946 150'000 Diphtherieerkrankungen zusätzlich zu der vor den Impfungen üblichen Anzahl und mehr als 15'000 Kinder, die an den Folgen dieser Impfung gestorben waren. Die Anzahl der Fälle betrug also 35 mal soviel wie vor den Impfungen.⁶⁷

In „Vaccines“ der Impfbibel der Impfbefürworter lesen wir: „Vermutlich gibt es keine Menge von Impfstoff, die einen absoluten Schutz bietet.“⁶⁸ Als Beispiel nennen die Autoren eine Studie, in der zwei Todesfälle durch Diphtherie besprochen werden, die jeweils

einen Antikörpertiter von mehr als 30 IU/mL nach dem Tag der ersten Symptome aufwiesen.⁶⁹ Ein Schutz vor der Krankheit wird heute bei 0,1 IU/mL angegeben!

Im Winter von 1940 auf 1941 trat in den USA, in Halifax eine Diphtherieepidemie in einer sehr gut durchgeimpften Population auf. 1943 ebenfalls in Alabama, bei geimpften deutschen Kriegsgefangenen.⁷⁰

In den offiziellen militärischen Akten der USA ist belegt, dass die Todesrate und die Zahl der Erkrankungen bei vollständig geimpften Soldaten viermal so hoch ist wie bei ungeimpften Zivilisten.⁷¹ In England brach in einer hoch durchgeimpften Privatschule für Mädchen eine Diphtherieepidemie aus. Man stellte fest, dass Diphtherieausbrüche auch in bis zu 94 Prozent durchgeimpften Populationen auftreten können.⁷²

1975 stellte die FDA (Food and Drug Administration) in den USA fest, dass die Diphtherieimpfung nicht so wirksam sei, wie man bisher angenommen habe. Die Autoren hielten fest, dass Diphtherie ebenfalls in vorschriftsmässig Geimpften auftritt, und dass die Immunität durch die Toxoidimpfung fraglich sei.⁷³ Aus diesem Grund wurde wenige Jahre später, 1979, die Definition für Diphtherie geändert. Vorher wurden „kutane“ Fälle sowie Fälle von Inhalationsproblemen automatisch als Diphtherie eingeordnet. Nach der Diphtherieänderung wurden nur noch „Inhalationsfalle“ als Diphtherie deklariert. Als Resultat dieser Änderung zeigten die Statistiken einen plötzlichen Rückgang der Fälle von 95 Prozent im folgenden Jahr. Von 1970 auf 1980 war ein Rückgang von 99,3 Prozent zu verzeichnen, dank die-sem statistischen Trick.⁷⁴

In Deutschland fand von 1970 bis 1980 eine Massenimpfaktion der deutschen Gesundheitsämter statt. Anstelle dass die Diphtherie gänzlich ausgerottet oder doch augenscheinlich eingedämmt worden wäre, stieg die Erkrankungsrate sogar deutlich an.^{75,76}

Im November 2001 verstarb in Finnland ein drei Monate altes, gesundes, ungeimpftes Kind an Diphtherie. Dieser Fall wird seitdem in der medizinischen Literatur als Grund für eine Erhöhung der Impfrate angesehen. Nicht erwähnt wird hingegen, dass die siebenjährige Schwester des kleinen Patienten die vorschriftsmässig alle Impfungen

erhalten hatte, Träger von Diphtheriebakterien war und ihren kleinen Bruder angesteckt hatte. In Finnland werden die Kinder mit 3, 4, 5 und 20 bis 24 Monaten gegen DPT geimpft.⁷⁷

Am 14. Januar 2002 erkrankte in Salford, im Nordwesten von England ein elfjähriger Bub an Diphtherie. Sowohl er als auch die anderen Familienmitglieder waren alle vorschriftsmässig gegen Diphtherie geimpft gewesen.⁷⁸

Eine 41jährige deutsche Kindergärtnerin erkrankte am 29.4.2002 im Schwarzwald an Diphtherie. Die letzte Diphtherieimpfung hatte im Jahr 1994 stattgefunden. Angeblich „schützt“ die Impfung zehn Jahre vor der Erkrankung!⁷⁹

Am 25. Oktober 2003 erkrankte eine 47jährige Französin an Diphtherie. Sie war vorschriftsmässig gegen Diphtherie geimpft gewesen.
80

Dass die Diphtherieimpfung uns nicht schützt, dürfte deutlich sein. Dass sie uns nicht schützen kann, liegt noch deutlicher auf der Hand. Die Krankheit hinterlässt keine Immunität vor erneuter Erkrankung. Wie kann die Impfung eine Immunität erzeugen, wo sie doch angeblich die Natur nachahmt? Ausserdem kann der menschliche Körper nicht immun gegen Gifte werden. Hier handelt es sich aber um eine sogenannte Toxoidimpfung, in der angeblich „entgiftetes Gift“ enthalten ist. Warum eine Toxoidimpfung keinen Schutz erzeugen kann, ist im Kapitel „Tetanus“ ausführlich dargelegt. Für Diphtherie gelten die gleichen Bedingungen.

Nebenwirkungen der Impfung

Als Nebenwirkung der Diphtherieimpfung werden in der medizinischen Literatur und in den Beipackzetteln der verschiedenen Hersteller folgende Reaktionen, bzw. Schäden beschrieben:

Rötung, Schwellung Schmerz, gelegentlich mit Anschwellung der angrenzenden Lymphknoten. Vor allem bei Personen, die zu oft gegen Diphtherie geimpft werden, treten diese Symptome auf. Es kann zur Ausbildung eines länger bestehenden derben Knötchens mit Flüssigkeitsansammlung an der Impfstelle kommen. Kopfschmerzen, Kreislaufreaktionen, Schweißausbrüche, Schüttelfrost, Fieber, Atemnot, Muskel- und Gelenkbeschwerden oder Beschwerden des Magen-

Darm-Traktes, Allergien, Hauausschläge, Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, einschliesslich Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (GBS), Abfall der Blutplättchen, allergische Erkrankungen der Niere, anaphylaktischer Schock. Beschwerden an der Impfstelle treten nach alleiniger Tetanusimpfung etwa fünfmal seltener auf als nach der Kombinationsimpfung mit Diphtherie.⁸¹ Wenige Stunden nach der Impfung kann es zu allergisch-toxischer Gefässschädigung mit Haut- und Schleimhautblutungen kommen.⁸² Neurologische Schäden wie Lähmungen, Krampfanfälle oder Enzephalitis (Gehirrentzündung) werden auch nach der Diphtherieimpfung berichtet. Vermutlich kommt es zu einer Überreaktion auf das Toxoid, die an den Blutgefässen des Nervensystems abläuft.⁸³ Eine gesicherte und anerkannte, aber seltene Folge der DPT-Impfung ist eine Enzephalopathie mit bleibenden Hirnschäden.⁸⁴

Kinder können hohes Fieber mit anschliessendem Fieberkrampf nach der Diphtherieimpfung bekommen.⁸⁵ Laut dem „Physician's Desk Reference“, dem amerikanischen Ärztehandbuch, kann die Diphtherieimpfung Unterhautgewebe-Schwund an der Einstichstelle, Schläfrigkeit, Unruhe, Erbrechen, Magersucht, hartnäckiges Weinen, Blässe, Kältegefühl, herabgesetzte Ansprechbarkeit, Nesselausschlag und Hautrötung sowie Gelenkschmerzen verursachen.⁸⁶ Nach Angaben von polnischen Forschern waren nach der DT-Impfung deutliche Veränderungen im Elektronenenzephalogramm (Messung der Gehirnströme) bei 13 von 17 Kindern zu sehen. Es traten zudem erstmals Anfallsleiden auf, oder bereits bestehende Krankheiten verschlimmerten sich.⁸⁷

In einer Untersuchung von über 600'000 Kindern wurde festgestellt, dass die DPT-Impfung mit einem erhöhten Risiko für zerebrale Krampfanfälle einhergeht. Am Tag der DPT-Impfung konnte ein knapp sechsfach erhöhtes Risiko für einen erstmaligen Fieberkrampf festgestellt werden.⁸⁸ Kinder mit schwerer Neurodermitis können sehr stark auf die Diphtherieimpfung reagieren.⁸⁹

Bei DT-geimpften Kindern treten in der zweiten und dritten Woche nach der Impfung gehäuft akute respiratorische Erkrankungen (Atemwegserkrankungen) auf.⁹⁰ Prof. Stefanie von der Universität Genf erklärt sich das Verhalten folgendermassen: „Die Einführung

eines Antigens in den Organismus ruft einen allergischen Zustand hervor und verändert also für viele Wochen den Zustand der natürlichen Abwehr.⁹¹

Die Rate an lokalen Nebenwirkungen steigt von Dosis zu Dosis und tritt besonders stark auf, wenn zu häufig geimpft wird.⁹²

Viele Säuglinge haben nach der Diphtherieimpfung Probleme mit dem Herzen, wie Herzvergrösserung oder einer Entzündung des Herzmuskels oder des Herzens selber. Die Wirkung der Impfung auf das Herz ist seit Beginn der Diphtherieimpfung bekannt. Besonders in Finnland sind diesbezüglich Untersuchungen angestellt worden. Ein Forscherteam untersuchte klinische, elektrokardiografische, chemische und immunologische Befunde während einer sechswöchigen Nachbeobachtung nach routinemässigen Impfungen bei finnischen Soldaten. Serielle Änderungsmuster des EKG, die auf eine Herzmuskelentzündung hinwiesen, wurden ein bis zwei Wochen sowohl nach der Pocken- als auch nach der Diphtherieimpfung bei acht von 234 Rekruten festgestellt. Man zog den Schluss, dass es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Kausalzusammenhang handelte.⁹³

Eine kurz zuvor veröffentlichte Studie zeigte, dass plötzliche Todesfälle bei finnischen Soldaten vermutlich auf Herzprobleme verursacht durch Impfungen zurückzuführen sei.⁹⁴ In Australien stellte man in einer Untersuchung fest, dass sieben auf nicht giftige Diphtheriebakterien zurückgehende Fälle einer Herzmuskelentzündung vorher gegen Diphtherie geimpft worden waren.⁹⁵

Ein anderes immer wieder in der medizinischen Literatur anzutreffendes Phänomen ist der Zusammenhang zwischen einer Diphtherieimpfung und anschliessender Polioerkrankung. Bei näherem Hinsehen wird deutlich, wieso das geschehen kann. Polio ist eine durch Gifte verursachte Krankheit (5. auch Kapitel „Polio“). Bei der Diphtherieimpfung werden auch Gifte in den Organismus eingebracht. Auch wenn es sich nach Angaben der Hersteller um „entgiftetes Gift“ handeln soll, so ist dennoch nicht klar festgelegt, wie viel Giftanteil noch enthalten ist. Angeblich reicht die Giftdosis nicht mehr aus, um uns erkanken zu lassen, soll aber gleichzeitig doch noch so hoch sein, dass eine Immunität entstehen kann.

In einer Untersuchung während eines Polioausbruches in Oman

stellte man fest, dass der grösste Teil der Erkrankten 30 Tage vor Ausbruch der Erkrankung eine DPT-Impfung erhalten hatten. Der Prozentsatz von durch die DPT-Impfungen provozierten Lähmungen betrug bei den fünf- bis elfmonatigen Kindern 35 Prozent.⁹⁶ Bereits in den sechziger Jahren stellte man fest, dass Polio oftmals durch Diphtherieimpfungen verursacht wird,⁹⁷ meist 1 bis 28 Tage nach der Impfung.⁹⁸

Fazit

Eine Diphtherieepidemie kann unter den jetzt herrschenden Bedingungen im deutschsprachigen Raum auf keinen Fall auftreten. Die Krankheit benötigt bestimmte sozioökonomische Bedingungen wie Krieg, Not und Elend, die - Gott sei es gedankt - bei uns fehlen. Und wenn es solche Zeiten geben würde, wäre die Impfung auch nicht imstande, uns vor der Krankheit zu schützen, wie wir aus Erfahrung in den letzten 100 Jahren gesehen haben.

Heute wird den Eltern oftmals Angst vor der Krankheit von Ärzten gemacht, die einen Diphtheriepatienten nur aus dem Lehrbuch kennen. Um Angst zu schüren, wird auch von Diphtherieepidemien in den neunziger Jahren in Deutschland berichtet, wie in einem impfbefürwortenden Buch nachzulesen ist. Vom Auftreten von weniger als einer Handvoll Fällen in einem 82-Millionen-Volk von einer Epidemie zu sprechen, ist nicht nur falsch, sondern zeugt von einer bewussten Irreführung der Leser. In Irland versucht man nicht nur impfmüde Eltern wieder munter zu machen, sondern auch dazu passend die Ärzte aufzurütteln. So werden „Allgemeinärzte, die das Impfziel von mindestens 90 Prozent erreichen, (. . .) von der Gesundheitsverwaltung finanziell belohnt.“⁹⁹

Diphtherie tritt heute ausschliesslich als Epidemie in Dritt Weltländern auf, in denen infolge Bürgerkrieg, Flüchtlingsströmen und Hunger eine grosse Not herrscht. Hier helfen auch keine Impfungen, sondern ausschliesslich Massnahmen, die Frieden, Ruhe und die Ernährungslage sicherstellen. Damit wird auch die Diphtherie verschwinden.

- ¹ Schnurrer F., Chronik der Seuchen, Band I, Tübingen 1825
- ² Loeffler Fr., Die Halsbräune im Mittelalter, Leipzig 1899
- ³ Riedel B., Chirurgie von einst, Leipzig 1906
- ⁴ Jackson J., Memoir on the last sickness of General Washington, 1860
- ⁵ Degouges J., Josephine, Paris 1947
- ⁶ Behring, Die Geschichte der Diphtherie, Leipzig 1893
- ⁷ Monti A., Croup und Diphtherie, Berlin 1927
- ⁸ Loeffler F., Mitteilung an das Kaiserliche Gesundheitsamt, Band 2, 1884
- ⁹ Roux E., Yersin A., Am Inst Past 2, 1888
- ¹⁰ Behring E., Kitasato A., Über das Zustandekommen der Diphtherieimmunität und der Tetanusimmunität bei Tieren, Deutsche Med Wochenschrift, 1890, 16, S. 1113f
- ¹¹ Platen M., Die neue Heilmethode, Lehrbuch, Band I, Leipzig 1896
- ¹² Kolle, Kraus + Uhlenhuth, Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, Jena 1920
- ¹³ Zeitschrift „Gesunde Kinder“, Redakteur Dr. H. Moser, Offenbach, in Platen, Die neue Heilmethode, Band III,
- ¹⁴ Platen M., Die neue Heilmethode, Lehrbuch, Band III, Leipzig 1900
- ¹⁵ Platen M., Die neue Heilmethode, Lehrbuch, Band III, Leipzig 1900
- ¹⁶ Winkel S., Kulturgeschichte der Seuchen, Komet 1997
- ¹⁷ Infektionskrankheiten in der Schweiz 2002, Bundesamt für Gesundheit
- ¹⁸ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ¹⁹ Epidemiologisches Bulletin, RKI, 22/2002
- ²⁰ Bulletin Bundesamt für Gesundheit, 29.8.1942, S. 382-383
- ²¹ Gundel, Bull of Int Hy Reb11935, II, sowie Suppl. Februar, S. 3-20
- ²² Reichsgesundheitsblatt 1934-1939
- ²³ Moore KR, Bull L'Of Int D'Hyg Publ 1926, S.210
- ²⁴ Rendu R., Grosse Medizinerwoche Budapest, 4.-12. Sept. 1948
- ²⁵ White House Conference on Child Health and Protection, Cent. Co. New York 1931
- ²⁶ Dixon G., Beyond the Magic Bullet, 1978
- ²⁷ Chatow L., Vaccination and Immunisation, 1994
- ²⁸ Hoogendorp, Over de Difterie in Nederland, Bnd 1, 1948
- ²⁹ Ericsson, Bull de IOIHP, Juli/Sept. 1946, S. 616-618
- ³⁰ Chatow L., Vaccination and Immunisation, 1994
- ³¹ Mortimer EA, Science 1978, 200:902
- ³² Dittmann S., Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
- ³³ Kominami M., Tokio Med Jour Sept. 1952 - Jan. 1953
- ³⁴ Hornbostel H. et al. Innere Medizin in Praxis und Klinik, 1991 Thieme Verlag
- ³⁵ Wiskott A et al, Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1977 Thieme Verlag
- ³⁶ Vutic Ch., Prof. in: Ärzte-Woche, 5.3.1997, Seite 2
- ³⁷ Hardy IRB, et al, 1996, Lancet; 347: 1739-1744, Zitat Seite 1741
- ³⁸ Rich V, 1996, Lancet; 347: 1686
- ³⁹ Dittmann S., 1996, Lancet; 348: 1244
- ⁴⁰ Brinkmann C et al, Gesundheitswesen 60 (1998) S. 367-372
- ⁴¹ Martens H et al, Immun Infect 2 (1998), S. 125-130
- ⁴² Medical Tribune, 16.5.1997

- ⁴² Hahn et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Springer 2001
- ⁴³ Plotkin Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd ed. 1999
- ⁴⁴ Schmitt HP, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ⁴⁵ Hofmann F., Handbuch der Infektionskrankheiten, 2. Aufl, 2003
- ⁴⁶ Quast U., Ley S., Schutzimpfungen im Dialog, Kilian 1999
- ⁴⁷ Plotkin Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd ed. 1999
- ⁴⁸ Hahn et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Springer 2001
- ⁴⁹ Goebel W., Schutzimpfungen selbst verantwortet, aethera, 2002
- ⁵⁰ Illing S., Ledig T., Lightfaden Impflingen, Urban & Fischer, 2. Aufl, 2000
- ⁵¹ Plotkin Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd ed. 1999
- ⁵² Ker CB, Infect Diseases, Practical Textbook 3rd ed. London 1929
- ⁵³ Dittmann S., Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
- ⁵⁴ Schmitt HP, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ⁵⁵ Kummer KR, Der Merkurstab, 57. Jahrg. Heft 1/2004
- ⁵⁶ Goebel W., Schutzimpfungen selbst verantwortet, aethera, 2002
- ⁵⁷ Schreiben vom Serotherapeutischen Institut in Wien an die österr. Gesundheitsämter, 21.5.91
- ⁵⁸ Hirte M., Impfen pro und contra, Knaur 2001
- ⁵⁹ Thomssen R., Schutzimpfungen, Beck 2001
- ⁶⁰ Störkko A, Impfen ja oder nein, Falken 2002
- ⁶¹ Störkko A, Impfen ja oder nein, Falken 2002
- ⁶² Plotkin Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd ed. 1999
- ⁶³ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ⁶⁴ Jilg W., Schutzimpfungen, ecomed 1996
- ⁶⁵ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl., Thieme 1999
- ⁶⁶ Tissot J., Prof. La Catastrophe des Vaccinations obligatoires in: Delarue, Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1995
- ⁶⁷ Tissot J., Prof. La Catastrophe des Vaccinations obligatoires in: Delarue, Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1995
- ⁶⁸ Plotkin Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd ed. 1999
- ⁶⁹ Ipsen J., J Immunol 54:325-347, 1946
- ⁷⁰ Fleck S et al, Bull US Army Med Dept 74: 80-89, 1944
- ⁷¹ Cournoyer C., Impfschutz für Kinder, Fit fürs Leben Verlag, 1998
- ⁷² Fanning J, B Med J 22. März 1947, 371-373
- ⁷³ FDA, November 20-21, 1975
- ⁷⁴ Miller N., Vaccines, are they really Safe & Effective?, New Atlantian Press, 2002
- ⁷⁵ Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Gruppe VII D, Todesfälle an Diphtherie seit 1955,
- ⁷⁶ Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Gruppe VII D, Erkrankungen an Diphtherie seit 1920
- ⁷⁷ Edmunds WJ, et al, Epidemiol Infect 2000; 125: 113-125
- ⁷⁸ CDSC, Comm Dis Rep, CDR Weekly 2002 12(4)
- ⁷⁹ Epidemiol. Bulletin RKI, 22/31. Mai 2002
- ⁸⁰ Institut Pasteur, Paris, National Reference Center on Corynebacterium diphtheriae, 25.10.2003
- ⁸¹ Mansoor O, et al, NZ Med J 1997, 110 (1048): 270-272
- ⁸² Quast U., et al, Impfreaktionen, Hippokrates, 2 Aufl., Stuttgart 1997

- ⁸³ Ehrengut W., Dtsch Med Wochenschr 1986, Juni 13: 111(24): 939-942
- ⁸⁴ MMWR, 45 (RR-12): 1-35, 1996
- ⁸⁵ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ⁸⁶ Cournoyer C., Impfschutz für Kinder, Fit fürs Leben Verlag, 1998
- ⁸⁷ Neustadter R., Immunisation, are they necessary?, North Atlantian Books, 1996
- ⁸⁸ Barlow W, et al, NEJM 2001; 345: 656-661
- ⁸⁹ Illing S., Ledig T., Lightfaden Impfungen, Urban & Fischer, 2. Aufl, 2000
- ⁹⁰ Burmistrova AL et al, Mikrobiolog (Moskau) 53, 1976, 3, 89
- ⁹¹ Rneissl, G., Impfratgeber aus ganzheitlicher Sicht, Hirnhammer 2000
- ⁹² Heininger U., Impfratgeber Pädiatrie, Uni-med 1999
- ⁹³ Helle EPJ, et al, Am Clin Res; 10:280-287, 1977
- ⁹⁴ Koskenvuo K, Br M J 1976, 2:1413-1415
- ⁹⁵ Tiley S, et al, Clinical Inf Dis, 1993, 16:271-275
- ⁹⁶ Sutter RW, et al, 1992, J Infec Dis, 165:444-449
- ⁹⁷ Wilson G, The Hazards of Immunisation, 1967
- ⁹⁸ Ramshorst JD, et al, Handbuch der Schutzimpfungen, Springer 1965
- ⁹⁹ Ärzte-Zeitung Nr. 187, 17/18.1.1997, Seite 12

Die Grippe

Ein grosses Geschäft mit dem Impfstoff

Die Geschichte einer Krankheit

Die älteste Beschreibung einer Grippeepidemie findet man in einer hippokratischen Schrift, im VI. Buch der „Epidemischen Krankheiten“. Die Forschung nach der Grippe wurde seit jeher dadurch erschwert, weil oft Verwechslungen zwischen Grippe und Keuchhusten in der Literatur geschahen. Durch ihre Bauweise waren vor allem die Bewohner der mittelalterlichen Häuser zu Erkältungsleiden prädestiniert. Die Fenster der Häuser waren unverglast, d.h. es handelte sich um kleine eckige oder runde Löcher, deren altgermanische Bezeichnung „Windauge“ wir heute noch im engl. „window“ wiederfinden. Bis zum 13. Jahrh. gab es Fensterglas nur in Kirchen, Schlössern und Palästen in den heute noch bekannten buntbemalten Scheiben. In den Häusern der Bürger dagegen waren ölgetränkte Gewebe, ausgespannte Blasen oder Holzverschläge in den Öffnungen, die als Fenster dienten. Erst vom 14. Jahrh. an gab es in den reicheren Bürgerhäusern die sogenannten Butzenscheiben.

Glatte Glasscheiben konnte man erst im 17. und 18. Jahrhundert für das Volk zu erschwinglichen Preisen herstellen. Daher kamen sie erst ab diesem Zeitpunkt zum Einsatz. Bis ins späte Mittelalter heizte man in den Häusern mit Hilfe von offenen Feuern oder Herdstätten, d.h. der Raum war mehr oder weniger in einen steten Russnebel gehüllt, wozu auch die Kerzen, bzw. Petrolleuchten das ihre noch bei trugen. Besonders zur Fastnachtszeit soll es immer wieder zu Grippeepidemien gekommen sein. 1387 trat sie in Deutschland - Augsburg, Memmingen, Strassburg¹ besonders stark auf. Ein Grund mit dafür waren die ausgelassenen tagelangen Volkstänze, bei denen die Menschen stark in Schweiss gerieten. - Es kam aber auch immer im An schluss an Kirchenfeste zu einem rapiden Anstieg der Grippe, z.B. nach der Weihnachts-, Fastnachts- und Osterzeit. Der Grund dafür war das stundenlange Verweilen in den kalten und ungeheizten Kirchen und das häufige Knie auf den eiskalten Steinplatten.² 1410 wurde Paris von einer schlimmen Grippewelle heimgesucht.

Die Krankheit soll unter Kopfschmerzen, Husten, Nasenbluten und Fieber verlaufen sein. Durch den quälenden Husten kam es bei Männern oft zu Brüchen und bei Schwangeren zu Frühgeburten.³

Heinrich VIII und die Grippe

In der Neuzeit fallen mehr oder weniger schwere Seuchenzüge auf, die 1485, 1506, 1516-1518, 1529-1530 und 1551 die Bevölkerung heimsuchten und die sudor anglicus (englischer Schweiss) genannt wurden. Als wichtigstes Symptom wurden plötzliches Fieber, übelriechender Schweiss, heftige Kopf- und Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Schnupfen und brennende Schmerzen hinter dem Brustbein beschrieben. Vor allem sollen viele kräftige und junge Männer an der Krankheit gestorben sein. Die Grippe hat mehrmals die politischen Geschicke einer ganzen Nation verändert. Bei der Grippeepidemie von 1506 starb der tuberkulöse Prinz of Wales. Dadurch bedingt wurde sein jüngerer Bruder zwei Jahre später zum König gekrönt. Er ging als Heinrich VIII nicht besonders ruhmvoll in die Geschichte ein. Bei der Grippe von 1516-1518 war die Sterblichkeit so gross, dass an manchen Orten ein Drittel der Einwohner innerhalb weniger Tage starb. Heinrich VIII, der gesehen hatte, wie sein Bruder an der Grippe gestorben war, geriet in eine geradezu pathologische Angst vor der Krankheit. Er floh aus seinem Schloss und jagte, von nur wenigen seiner Getreuen begleitet von einem Ort zum anderen, um der Seuche zu entkommen. Er kehrte erst nach London zurück, als die Epidemie völlig erloschen war.

Im Britischen Museum befindet sich, vom König selber verfasst, ein dicker Band voller Rezepte zur Herstellung von Salben, Pflastern, Mixturen und Abkochungen gegen die Grippe. 1529 floh der König ein weiteres Mal. Da die Grippe derart lang andauerte, versteckte er sich schliesslich in Tytynhangar. Dank der neuen Kunst des Buchdrucks wurde selten über eine Krankheit derart viel geschrieben wie über die damalige Grippe. Damals waren Flugblätter ganz aktuell und es wurde dort die neue Grippekur wärmstens angepriesen: Man Hess die Kranken 24 Stunden in den eigenen Kleidern schwitzen. Sie wurden so fest in Decken, Kissen und Pelze eingepackt, dass praktisch eine Hitzestau entstand. Die vielen Toten der damaligen Zeit sind

überwiegend auf die Behandlung und nicht auf die Krankheit selber zurückzuführen.

Wien, die Türken und die Grippe

1529 kam es in Hamburg zu dem unglückseligen Zusammentreffen von Grippe und Pocken. Bedingt durch die schlimmen Schwitzkuren traten bei vielen Erkrankten die tödlichen Variola haemorrhagica mit Blutungen und Schwarzfarbung in der Haut auf. Martin Luther schrieb 1529 an einen Freund, er eile von Haus zu Haus um die Menschen von Decken und Pelzen zu befreien und Fenster und Türen zu öffnen. In einer eigenen Flugschrift warnte er vor der übermässigen Schwitzkur und ordnete höchstens vier Stunden Schwitzen an.⁴

Bei der nächsten Seuche von 1529 ereigneten sich für Österreich Dinge, die bis in die heutige Zeit von Wichtigkeit sind. Die Belagerung von Wien durch die Türken begann am 22. September. Am 15. Oktober zog Soliman wieder ab. Was war geschehen? Nach Angabe alter Chronisten wütete die Grippe derart stark - sowohl unter den Türken als auch unter den Wienern - dass die Belagerer den Rückzug antraten.⁵ Die Mitteilungen aus österreichischen Quellen selbst sind sehr spärlich, war man doch stolz auf den Sieg und wollte man den Ruhm der Verteidiger nicht schmälern. In der Chronik von Pommern wird nochmals erwähnt, dass der türkische Kaiser Soliman wegen Grippe die Belagerung Wiens aufgab.⁶ Was wohl geschehen wäre, wenn die Grippe damals nicht Einzug gehalten hätte?

Im Dezember 1529 erreichte die Epidemie die Schweiz und hier vor allem die Städte Basel, Solothurn und Bern. Da des Winters wegen die nach Italien führenden Alpenpässe - Grosser St. Bernhard, Simplon und Brenner - zugeschneit waren, blieb Italien von der Grippe verschont. Die Alpen bildeten damals in der Winterzeit eine unüberwindbare Barriere. Was wir mit unseren heutigen modernen Verkehrsmitteln nicht behaupten können.

Der Begriff „Influenza“ entsteht

1557 kam es abermals zu einer grösseren Grippeepidemie. Sie brach in Sizilien aus und kam über Italien nach Frankreich, Spanien, Deutschland und Holland. Da die Krankheit sich in Windeseile aus-

breitete und plötzlich in aller Stärke auftrat, wurde sie von etlichen Ärzten und Astrologen „Influenza astrorum“ genannt. Das Seuchen geschehen wurde im Sinne der mittelalterlichen Astrologie ausgelegt und man vermutete einen Einfluss der Sterne (Influenza = Einfluss). So kam also der heutige Begriff Influenza aus einem Missverständnis der damaligen Ärzte zustande.⁷

Als nächste Therapie zur Behandlung der Grippe schlugen die Ärzte der damaligen Zeit den Aderlass vor. So wie man beim Schwitzen zum Schaden der Menschen übertrieb, so machte man es beim Aderlassen genauso. Besonders in Spanien und Portugal kam es zum „Aderlass bis zum Weissbluten“. Durch diese sinnlose Therapie sollen allein in Lissabon damals etwa 80'000 Menschen gestorben sein.⁸ Bei der Grippeepidemie von 1593 in Italien kam zum ersten Mal die Benutzung des Taschentuches in Anwendung. Bislang war das rücksichtslose Anhusten und Anniesen der Mitmenschen selbst in Kreisen mit guter Erziehung noch üblich. Man schnäuzte sich außerdem ganz ungeniert direkt mit den Fingern. Die Epidemie von 1658 verlief in England und Deutschland recht harmlos im Gegensatz zu Frankreich, wo sie unverhältnismässig viele Todesopfer forderte. Der Grund war die Art der Behandlung. In Frankreich war der Einfluss der konservativen Humoralmedizin noch immer sehr gross und so wurden die Menschen zu stark zur Ader gelassen. In der Komödie „L'Amour Médicin“ von Molière heisst es denn auch: „Wir sollten niemals sagen, dieser Mensch da starb an einem Fieber, oder einem Katarrh, sondern er starb an vier Ärzten und zwei Apothekern.“

Die grösste Grippeepidemie des 18. Jahrhunderts begann im Herbst 1781 und überflutete ein Jahr später mehr oder weniger den ganzen Erdball.⁹ 1812 trat wieder eine Grippe auf, die von grosser Bedeutung für die Weltgeschichte sein sollte: Am 15. September 1812 erkrankte Napoleon, der mit seinen Truppen kurz vor Moskau lag, an der Grippe. Es war dies die einzige und erste Schlacht, an der er nicht selber teilnahm. Schlimmer noch: Er hatte in der Nacht vorher schlecht geschlafen, hatte Fieber, Husten und konnte vor Heiserkeit nicht sprechen. Er sass lethargisch auf seinem zusammenklappbaren Feldstuhl und schien die Meldungen seiner Offiziere nicht einmal zu verstehen, die ihm überbracht wurden. Dadurch bedingt wur-

den wichtige Befehle viel zu spät erteilt. Das Ergebnis dieser Schlacht zwang die französische Armee, fluchtartig Russland zu verlassen. Den Rest kennen wir aus der Geschichte.¹⁰ Auch Goethe ist scheinbar an einer Grippe verstorben. Am 15. März 1832 hatte er sich bei kaltem, windigem Wetter in Weimar erkältet. Am 23. März verstarb er an einem „Katarrhaifieber“.¹¹ Im Mai 1889 begann eine der schwersten Grippeepidemien. Sie hatte ihren Anfang in Buchara und gelangte über Russland nach Berlin, Paris und London. In Berlin waren von den über 600 Beschäftigen in der Charité rund 370 selber erkrankt. Während dieser Epidemie erschien ein neues Medikament unter dem Namen „Aspirin“. Es erwies sich, sowohl therapeutisch als auch finanziell als grosser Erfolg. Gegen Ende des Grippeepidemie fand 1892 ein Schüler von Robert Koch, Richard Pfeiffer, im Auswurf von Grippeerkrankten kleine, zarte Stäbchen, die nur auf bluthaltigen Nährböden wuchsen. Pfeiffer glaubte, die Grippeerreger gefunden zu haben und nannte sie „Influenzabazillen“. Mit ihm teilte der grösste Teil der Ärzte und Bakteriologen diese Ansicht.

Die „Spanische Grippe“ von 1918

1918, gegen Ende des Ersten Weltkrieges, kam es zur bisher schwersten Grippeepidemie, die mit geringen Unterbrechungen bis 1923 andauerte. Diese Pandemie erfasste 700 Millionen Menschen, von denen 20 Millionen starben. Seit wenigen Jahren lesen wir des öfteren in medizinischen Zeitschriften, diese damalige Pandemie habe in Wahrheit 40 Millionen Menschen das Leben gekostet. Diese neue Zahl kursiert erst, seit vermehrt Werbung für die Grippeimpfung gemacht wird. Es gibt aber aus keinerlei alten Chroniken Hinweise, dass eine Verdoppelung der Todesfälle auch nur annähernd gerechtfertigt wäre. Der Name „Spanische Grippe“ suggeriert, dass sie ihren Anfang in Spanien nahm. Dies ist aber keineswegs der Fall. Vielmehr spielen hier politische Intrigen eine Rolle, die aber scheinbar seit fast 100 Jahren ihre Wirkung nicht verfehlten. Aus historischen Quellen ist verbürgt, dass sie ihren Ursprung 1917 in Tibet hatte. In voller Stärke trat sie jedoch erstmals 1918 in einem amerikanischen Heerlager in Kansas auf und wurde von dort mit den Soldaten nach Europa eingeschleppt. Ihren Namen erhielt sie von den Amerikanern, da

zwei Jahrzehnte lang ein Streit zwischen den USA und Spanien über die Kolonisation der Karibik, Hawaii und den Philippinen bestand, der mit dem spanisch-amerikanischen Krieg begann, der 1902 auf den Philippen endete. Um die Spanier auch wirtschaftlich zu schwächen, setzten die Amerikaner damals den Begriff „Spanische Grippe“ in die Welt. Es gibt sogar Hinweise, dass die Pandemie von 1918 durch den massiven Einsatz der Pockenimpfung bei den Soldaten erst ihre volle Stärke entwickeln konnte. 1918 wurden 3'285'376 Einwohner der Philippinen durch die US-Armee gegen Pocken geimpft. Es gab weder eine Pockenepidemie noch andere auffällige Krankheiten zu diesem Zeitpunkt auf den Inseln. Von diesen geimpften Personen erkrankten 47'369 an den Pocken, von den wiederum 16'477 starben. 1919 wurde das Experiment verdoppelt. 7'670'252 Eingeborene wurden geimpft. Von ihnen erkrankten 65'180 an den Pocken und 44'408 starben.¹² Im Anschluss an diese Pockenimpfung brach dann auf den Philippinen die Grippeepidemie in voller Stärke auf. Diese Tatsache verwundert nicht weiter, kam es doch durch die Impfung zu einer immensen Immunschwäche unter der Bevölkerung.

Als die amerikanischen Soldaten für ihren Einsatz im Ersten Weltkrieg nach Europa transportiert wurden, starben unterwegs Hunderte an der Grippe. Die Grippe fand so ihren Weg nach Frankreich wo sie die französischen wie deutschen Soldaten gleichermassen befiel. Aus strategischen Gründen verschwiegen aber alle beteiligten Parteien die Grippe. Im Juli 1918 waren 500'000 deutsche Soldaten an Grippe erkrankt, von denen etwa 80'000 ins Lazarett eingewiesen wurden. Die Grippe griff auch auf die Bevölkerung über, die durch den Krieg ausgemergelt und halbverhungert war. Innerhalb eines Jahres soll die Grippe in Deutschland 187'884 Menschen getötet haben. Viele Krankenmeldungen nahm man im Militär schlicht nicht zur Kenntnis, weil man bei der mikroskopischen Untersuchung des Sputums keine Pfeiflerschen Influenzabazillen fand. Doch bald regten sich Zweifel an der bakteriellen Ätiologie dieser Krankheit bei den Ärzten. 1933 kamen die drei englischen Forscher Smith, Andrews und Laidlaw durch ein merkwürdiges Ereignis zum Schluss, ein Virus müsse der Auslöser der Grippe sein. Als Versuchstiere hielten sie Frettchen. Sie stellten aus dem Nasen-Rachen-Spülwasser von Grippekranken ein bakterien-

freies Filtrat her und tropften es den Tieren in die Nasenlöcher. Weil eines der Tiere sie angeniest hatte, worauf sie dann eine Grippe bekamen, schlossen sie, es müsse sich um ein Virus handeln. Größere Epidemien traten 1957 auf, es war die sogenannte Asia-Pandemie und 1968 die Hongkong Pandemie, bei der jeweils weltweit je 1 Million Menschen gestorben sein sollen.

Die Schweinegrippe von 1976

Das Jahr 1976 war für die Amerikaner kein Leichtes. Eine schlimme Grippeepidemie wurde vorhergesagt, an der Millionen von Amerikanern angeblich hätten erkranken und viele auch sterben sollen. Das einzige, dass dann tatsächlich geschah, war eine Nation, die unter den schlimmsten Nebenwirkungen einer Impfung zu leiden hatte. Von der schrecklichen Epidemie blieb das Land bis heute verschont. Das ganze Drama begann im Januar 1976 in Fort Dix, einem U.S. Army Ausbildungszentrum in New Jersey. Der junge Rekrut David Lewis fühlte sich schwindlig, hatte Fieber, Muskelschmerzen und war müde, mit anderen Worten, eine Grippe war im Anzug. Viele seiner Kollegen waren ebenfalls krank. Der 18jährige Lewis sollte eine Grundausbildung absolvieren. Vom Arzt wurde er 48 Stunden in seine Unterkunft geschickt, damit er sich erholen könne. Danach packte er sein 50 kg schweres Gepäck und machte sich mit seiner Einheit auf den Weg, um im bitterkalten Winter von New Jersey im Zelt zu übernachten. Das Fieber überkam ihn beim Marsch mit voller Stärke, doch er wollte unbedingt durchhalten. Nach ein paar Stunden brach er zusammen. Lewis starb nur wenige Stunden, nachdem er in das Militärspital eingeliefert worden war.

Noch zwei Dekaden später würden sich Wissenschaftler fragen, ob Lewis starb weil er von einem tödlichen Virus befallen war, oder weil er nachts in der klingenden Kälte von New Jersey mit schwerem Gepäck einen langen Marsch gemacht hatte. Um es vorwegzunehmen, Lewis war der einzige Tote, den die Grippe im Winter 1976/77 brachte. Bis zum Ende vom Januar hatte Fort Dix ca. 300 Rekruten mit Grippe im Spital. Von Lewis wurden Gewebsproben genommen und mit den kranken Rekruten verglichen. Die meisten der Erkrankten in Fort Dix und auch später im restlichen Land hatten einen ande-

ren Erreger: A/Victoria/75 (H1N1). Der prominenteste Virologe in den siebziger Jahren war Dr. Edwin Kilbourne vom Mount Sinai School of Medicine in New York. Er stellte die Theorie auf, dass alle 10 bis 11 Jahre eine neue Grippeepidemie auftrete und die nächste sei schon überfällig. Man nahm an, dass die Influenza-Viren in vielen Tieren vorhanden sind, ihnen aber nicht schaden. Sie gebrauchen sie quasi als Zwischenwirt. Es stellte sich dann heraus, dass bei dem Virus, das den armen Rekruten Lewis auf dem Gewissen hatte, das Schwein als Zwischenträger fungierte. So entstand dann der Begriff Schweinegrippe. Nach langen Sitzungen zwischen dem CDC (Centers for Disease Control) in Atlanta und dem Public Health Service in Washington kam am 14. Feb. 1976 die erste Pressemeldung heraus. Sie einigten sich nach langen Debatten auf einen Text, der den Ausbruch einer Grippe in Fort Dix mitteilte, mit einem Todesfall. Weiter hiess es, dass es Anzeichen dafür gebe, dass das Virus seit ca. 1970 auch in Menschen vorkomme, die Kontakt zu Schweinen hätten. David Sencer, damaliger Direktor von CDC sagte wortwörtlich: "Wir haben die Technologie, wir haben den Erregernachweis. Es wäre unverantwortlich etwas anderes zu tun, als eine Impfung zu entwickeln." Am 13. März präsentierte er einen Bericht in Washington, der den Schweinegrippeausbruch detailliert schilderte und forderte vom Kongress \$ 135 Mill. für die Entwicklung eines neuen Impfstoffes. In weniger als einer Woche sprach ganz Washington von nichts andrem mehr als von der fürchtbaren Epidemie, die das Land nun heimsuchen würde. Im Bericht stand, dass das Virus mit dem von 1918 (Spanische Grippe) vergleichbar sei. Damals starben allein in den USA 450'000 Menschen.

Auf Einladung von Präsident Ford trafen sich am 24. März im Weissen Haus in Washington eine Gruppe von Wissenschaftlern. Mit dabei waren Edwin Kelbourne, die beiden Polioikonen Jonas Salk und Albert Sabin, sowie etliche Wissenschaftler vom CDC. Noch in der gleichen Nacht trat der Präsident, zusammen mit Salk und Sabin vor das Volk und verkündete, er werde den Kongress noch vor der Sitzung im April anfragen, um \$ 135 Mill. für die Produktion von Impfstoff bereitzustellen, damit jeder Bürger der Vereinigten Staaten geimpft werden könne. Der Kongress hatte keine andere Wahl. Nur

zwei Mitglieder kritisierten den eingeschlagenen Weg, es waren die Demokraten Henry Waxman aus New Jersey und Andrew Maguire. Sie prophezeiten, dass als einziges Resultat der ganzen Angelegenheit die Impfstoffhersteller einen ungeheuren Profit einstreichen würden.

Erst nachdem sich in Washington Unterstützung herausstellte, spielte die Pharmaindustrie ihren Trumpf aus. Sie erklärten dem Präsidenten unmissverständlich, dass die Versicherungsgesellschaften nicht willens seien, das Risiko für einen so schnell entwickelten Impfstoff zu decken. Sollte die Regierung nicht sämtliche Risiken der Impfung übernehmen, würden sie sich nicht in der Lage sehen, an dem \$ 135 Mill. Projekt zu arbeiten. Lange bevor der Kongress diese Mittel bewilligte und der Präsident entsprechende gesetzliche Regelungen für die Grippekampagne bewilligte, war bekannt, dass die Gesamtkosten bei weitem die bewilligten Kosten übersteigen würden. Einige offene und vernünftige Abgeordnete beschuldigten von Anfang an die Pharma, dass sie versuchten, Hunderte von Millionen Dollars betrügerisch dem Steuerzahler abzunehmen und gleichzeitig jede Haftung für mögliche Schäden abzulehnen. Aber am 15. April unterschrieb Präsident Ford in einer feierlichen Zeremonie vor laufender Kamera das neue Gesetz PL94-266. Er sagte, das Virus sei das gleiche (plötzlich war es nicht mehr ähnlich, sondern sogar das gleiche!!) wie damals von 1918, und eine halbe Million Amerikaner hätten damals den Tod gefunden. Dem komme man heute zuvor. Am 12. August wurde endgültig das neue Gesetz "National Swine Flue Immunization Program of 1976" (Public Law 94-380) unterzeichnet, es trat am 1. Oktober in Kraft und wälzte damit alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Schweinegrippe entstehen sollten, auf die Schultern der Steuerzahler ab.

Erst jetzt kamen vielen Wissenschaftlern und Ärzten Bedenken wegen der Vorgehensweise. Selbst Albert Sabin machte eine 180-Grad-Kehrtwendung und kritisierte plötzlich die Kampagne. Viele fragten sich, wo denn die Grippekranken seien. Tote hatte es, mit Ausnahme von Lewis, auch noch keine gegeben. Viele Ärzte weigerten sich, an dem Programm teilzunehmen. Bereits Ende November hatten mehrere Hersteller an die 150 Mill. Dosen Impfstoff produziert. Gleich von Anfang an aber lief einiges schief. Das neue Virus

machte keine Anstalten, sich zu verbreiten, von einer Epidemie gar konnte keine Rede sein. Trotzdem wurden ca. 40 Mill. Menschen geimpft. In der Eile war niemand sicher, wieviel Antigen, oder Antikörper nötig seien, um dieses angeblich Super-Virus in Schach zu halten. Ein Pharmahersteller, die Parke-Davis, stellte in ihrer Gier gar zwei Millionen Dosen des falschen Virusstammes her. Obwohl laut einer Umfrage von Gallup 93 Prozent der Bevölkerung um die Risiken der neuen Grippe wussten, Hessen sich weniger als 53 Prozent auch impfen. Am 13. Okt. Hessen sich Präsident Ford und seine Frau Betty vor laufender Fernsehkamera, als gutes Beispiel, selber impfen. Am 16. Dezember 1976 entschloss sich der öffentliche Gesundheitsdienst, die Impfempfehlung aufzuheben, um die Impfrisiken näher unter die Lupe zu nehmen. Es stellte sich nämlich heraus, dass der Impfstoff doch nicht so harmlos war, wie er angepriesen wurde. Aber schon am 9. Februar 1977 wurde die Empfehlung wieder in alter Form herausgegeben. Und damit entstanden wieder neue Fälle von Impfschäden.

Die Geimpften litten anfangs an Atemstörungen, Magen- und Darmbeschwerden, dann traten zunehmend die ersten Lähmungen auf. Die Krankheit hatte auch bereits einen Namen: GBS, Guillain-Barre-Syndrom, es handelt sich dabei um aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung. Schlussendlich gab es allein 2'500 Fälle von GBS nach der Impfung, mit Dutzenden von Todesfällen, von den anderen Nebenwirkungen nicht zu reden. Mehr als 67 Prozent der Geimpften hatten mit starken Nebenwirkungen zu kämpfen. An die 4'000 Prozesse wurden angestrengt, um Entschädigung für den erlittenen Schaden zu erhalten.

Die Ärzte selber sahen diese Entwicklung mit Besorgnis und so überraschte es denn auch nicht, dass sie und das medizinische Personal sich je nach Spital nur zu 2 bis 36 Prozent impfen Hessen. Der ganze Spass kostete den amerikanischen Steuerzahler bis jetzt an die \$ 3 Milliarden, von dem vielen Leid, das er in den einzelnen Familien gebracht hatte, ganz zu schweigen. Dieses Fiasko der Grippe von 1976, inkl. der Impfung und ihrer Nebenwirkungen wird seitdem sorgfältig unter den Teppich des Vergessens gekehrt. Mit eifrigem Bemühen wird das Gras sorgsam von unseren Medien, Gesundheits-

behörden und der Pharma gegossen, auf das es schnell über die pein-liche Angelegenheit wachse.¹³

Erkältung oder Grippe?

Hier wäre eine Wortdefinition angebracht, denn mit Worten lässt sich vieles ausdrücken, bzw. verschweigen. In den medizinischen Fachzeitschriften wird seit 2002 grossen Wert auf die richtige Wortwahl gelegt. Man spricht nicht mehr von Grippe-, sondern von einer Influenzaimpfung. Diese Mühe gibt man sich, seit bekannt ist, dass die meisten der Geimpften trotzdem an Grippe erkranken. Nun will man zeigen, dass die Impfung gegen Influenza nicht aber gegen Grippe „schützt“. Verschwiegen wird allerdings wohlweislich, dass die Chance, an einem grippalen Infekt zu erkranken, 100 mal höher ist als an der Influenza.

Eine *Erkältung oder ein grippaler Infekt* sind Virusinfektionen der oberen Luftwege, die zuerst mit Schluckbeschwerden und Schnupfen beginnen. Danach kommt es zu Husten und einer evtl. Nasennebenhöhlenentzündung. Diese Erkältung kann durch ca. 300 verschiedene Erregertypen ausgelöst werden und ist weder vom Laien noch vom Mediziner von einer Influenza zu unterscheiden. Erst eine Laboruntersuchung ergibt darüber Aufschluss. Die Impfung gegen Influenza ist - so sie denn schützen würde - hier laut Schulmedizin wirkungslos. Die *echte Influenza* wird in drei Typen A, B und C eingeteilt. Besonders die Typen A und B verursachen grössere Epidemien. Vom Typ A sind zahlreiche Subtypen bekannt, die durch unterschiedliche Zusammensetzung der beiden wichtigsten Virulenzfaktoren, Hämagglutinin (H) und Neuraminidase (N) gekennzeichnet sind. Unter den Influenza A-Viren, die uns Menschen gefährlich werden können, gibt es drei Hämagglutininvarianten (H1, H2 und H3) und zwei Neuraminidasen (N1 und N2) in unterschiedlichen Kombinationen.

Die Namensgebung klingt etwas schwierig, ist aber einfach zu verstehen. A/New Caledonia/20/99 (H1N1) bedeutet, dass es sich hier um ein Virus der A-Gruppe handelt, dass 1999 in Neukaledonien im zwanzigsten Isolat entdeckt wurde und zum Subtyp H1N1 gehört. Jedes Jahr werden von den drei zirkulierenden Hauptstämmen je ein H1N1 und ein H3N2 vom Typ A, sowie ein drittes Virus vom In-

fluenza B-Typ verwendet. Influenza B-Viren zirkulieren weltweit nur in Menschen und sie können in Unter-Subtypen mutieren (sich verwandeln). Influenza B ist bekannt für sporadische Ausbrüche. Influenza A-Stämme dagegen sind für die jährlichen Grippewellen hauptsächlich verantwortlich. Es gibt viele Subtypen vom Influenza A-Virus und einige dieser Viren können in Tieren wie z.B. Enten, Hühner, Schweine, Pferde, Walen und Seehunden vorkommen. So sind z.B. im Herbst 2003 Tausende von Hühner in Südkorea an der Vogelgrippe verendet. Tests ergaben, dass sie vom Typ H5N1 ausgelöst wurden. Ob die Grippe auf den Menschen übertragen werden kann sollen Untersuchungen im CDC zeigen. In Hongkong waren 1997 Vogelgrippeviren des Typs H5N1 bei Menschen nachgewiesen worden.¹⁴

Influenza-Viren können sich auf zwei verschiedene Arten verändern. Eine Art der Mutierung nennt man Antigen-Drift. Hierbei gibt es kleine Veränderungen in den Proteinen an der Oberfläche der Viren. Diese Mutationen geschehen ständig und es entstehen dadurch neue Virenstämme. Wir werden nur immun gegen einen durchgemachten Virenstamm. Da die Viren sich aber ständig verändern, sind wir eben auch in der Lage oftmals an einer Grippe zu erkranken. Die andere Art der Änderung der Grippeviren nennt sich Antigen-Shift. Dies ist eine abrupte, grosse Änderung im Influenza A-Virus, die in einem komplett neuen Influenza A-Subtyp resultiert. Antigen-Shifts geschehen nur selten. In der im Winter 2003/2004 aufgetretenen Grippewelle in den USA, Frankreich, England, Spanien, Portugal und Norwegen sind hauptsächlich Viren des Stammes A/Fujian/411/2002 (H3N2) aufgetreten. Dieses Virus ist eine sogenannte Antigen-Drift-Variante des A/Panama-Virus und sie haben eine genetische und antigenische Verwandtschaft mit den Influenza A/Moscow/10/99 (H3N2)-ähnlichen Viren.

Diese oben geschilderten Ausführungen über die Mutation der Viren und die Ansteckung nennt unsere moderne Medizin wahrheitsgetreu immer noch „Infektionstheorie“. Diese Schilderungen sind in Wahrheit nichts anderes als Versuche, einen sehr komplexen Sachverhalt in unserem Organismus zu verstehen und zu erklären. Ob die Viren sich tatsächlich durch die „Drifts“ und „Shifts“ auf die geschilderte Weise verändern, ist bislang nicht bewiesen.

derte Art verwandeln, kann niemand mit Gewissheit sagen. Selbst die sogenannte „Ansteckung“ und die „Erreger“ sind Vermutungen, aber keinesfalls wissenschaftlich bewiesene Tatsachen. All dies sollten wir sorgfältig beim Thema Infektionskrankheiten, und hier im speziellen bei der Grippe, stets im Auge behalten.

Das Meldesystem für Grippeerkrankungen

Das schweizerische BAG schreibt, dass jährlich in der Schweiz zwischen 400 und 1000 Menschen an der Grippe sterben. Nach offiziellen Angaben des Statistischen Bundesamtes sind in den letzten zehn Jahren in Deutschland nie mehr als ca. 400 Menschen an der Grippe verstorben, 1997 sogar nur 184.¹⁵ Auf der Basis „exakter Schätzungen“ der Gesundheitsbehörden allerdings kommen in Deutschland 15'000 bis 20'000 Tote jährlich zusammen. Wenn man bedenkt, dass wir Schweizer 7 Millionen Einwohner haben und Deutschland 82 Millionen, so dürften hier die Zahlen über die Schweizer Grippetoten korrigierungsbedürftig sein. Tatsächlich waren es z.B. im Jahr 2000 auch 287 Tote.¹⁶ In Österreich sind nach offiziellen Angaben im Jahr 2001 genau 59 Menschen an Grippe verstorben¹⁷ und nicht wie in der Presse zu lesen ist, 2500 Menschen. Und selbst hier muss man sich folgende Fragen stellen: Wie viele von diesen Menschen waren geimpft und sind trotzdem erkrankt und verstorben? Wie viele von diesen Verstorbenen sind an einem grippalen Infekt und nicht an der Influenza gestorben? Es gibt nämlich mehr als 300 Erreger die ebenfalls grippeähnliche Symptome auslösen. Angenommen der Impfstoff böte einen Schutz, gegen diese 300 anderen Erreger schützt er nicht. Ist eine Impfung also nicht eher mit einem Lotteriespiel vergleichbar, bei dem meine Chancen sehr gross sind, einen Erreger zu erwischen, gegen den ich sowieso nicht geschützt bin? Wie kommen nun diese Zahlen zustande? In Österreich gibt es ein Influenza-Frühwarnsystem. In den „Richtlinien“ lesen wir: „1. Es werden fieberhafte Zustandsbilder erfasst, bei denen allgemeine und katarrhalische Erscheinungen des Respirationstraktes im Vordergrund stehen, wobei **keine** Unterscheidungen wie z.B. echte Grippe oder uncharakteristisches Fieber getroffen werden.“¹⁸ Es wird also alles gemeldet, sowohl die echte Grippe als auch die grippalen Infekte!

Und selbst hier muss man sich die Frage stellen: Wie viele von diesen Menschen waren geimpft und sind erkrankt und verstorben?

Medizinalpersonal lehnt Grippeimpfungen ab

In den letzten Jahren ist die Impfrate unter dem Medizinalpersonal stark rückläufig. Mit gezielten Kampagnen versuchte im Jahr 2002 der Basler Kantonsarzt die Impfmoral unter dem Pflegepersonal zu heben. Der Grippeimpfstoffhersteller Berna Biotech AG und der Hustenbonbonproduzent Ricola stellten dazu ihre freundliche (finanzielle) Unterstützung zur Verfügung! Der Kantonsarzt selber Hess sich als Anregung im Fernsehen öffentlich gegen Grippe impfen. Diese Kampagne soll bis 2005 auf die ganze Schweiz ausgedehnt werden. Um erhöhten Druck auf alle arbeitenden Menschen im medizinischen Bereich auszuüben, von der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal bis hin zur Putzequipe, wurde eine kantonale Ethik-Kommission gebildet. Sie soll dem Medizinalpersonal mehr oder weniger deutlich klar machen, dass sie eine moralische Pflicht gegenüber den Patienten hätten, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Insgesamt sollte sich die Auseinandersetzung jedes Einzelnen unter dem Medizinalpersonal mit verschiedenen Fragekomplexen dieser Ethik-Kommission auseinandersetzen. „Die Entscheidung deijenigen Personen, die im Kontext dieser Fragehorizonte sich nach bestem Wissen und Gewissen gegen eine Impfung aussprechen, ist im Sinne des Autonomiedankens mit Respekt zu begegnen, und sie darf in keiner Weise pauschal als ethisch unvertretbar disqualifiziert werden“, heisst es von U. Thurnherr. Nun beschäftigt also die leidige Grippeimpfung nicht nur die Medizin und unser BAG sondern auch noch das Philosophische Seminar der Universität Basel.

Ungeachtet dessen stieg die Zahl der Geimpften im Medizinalbereich nur schleppend. Im März 2002 wurde in den öffentlichen Akutspitälern im Tessin eine Studie durchgeführt um die Durchimpfungsrate, bzw. die Gründe für die Ablehnung genauer zu erforschen. Es stellte sich heraus, dass die allgemeine Durchimpfungsrate bei 27,2 Prozent lag. Als Gründe für die Ablehnung der Impfung gaben 35 Prozent an, noch nie an Grippe erkrankt zu sein, 30 Prozent meinten, dass das Risiko die Impfung nicht rechtfertige, 22 Prozent lehnten

Impfungen im allgemeinen ab und 16 Prozent gaben als Grund ihre Angst vor Nebenwirkungen an. In der Kategorie „andere Gründe“ (16,7 Prozent) lautete die häufigste Angabe, nur selten zu erkranken, gefolgt von der Überzeugung, die Impfung könne eine Erkrankung nicht verhindern und der Ansicht, die Impfung sei unwirksam.¹⁹

In Deutschland lag die Durchimpfung des medizinischen Personals in der Saison 2000/2001 und 2001/2002 bei nur 16 Prozent. Eine gezielte „Aufklärungskampagne“ im Jahr 2002 brachte eine deutliche Steigerung um etwa 10 Prozent, d.h. dass sich ca. 26 Prozent des deutschen medizinischen Personals im letzten Jahr gegen Grippe impfen liess. Dieses Jahr sollen die Durchimpfungsquoten noch durch eine gemeinsame Pressekonferenz vom RKI und der Arbeitsgemeinschaft Influenza sowie einer erneuten Versandaktion erhöht werden.²⁰

Auch in Österreich sind emsige Bemühungen der Gesundheitsbehörden im Gange, dem medizinischen Personal die Grippeimpfung anzuempfehlen. Auch hier wird vor allem Druck ausgeübt, nicht sich selber, sondern die in ihnen anvertrauten Patienten zu „schützen“.

Die erste publizierte Studie, welche die Einstellung Grippeimpfung bei Spitälerärzten untersucht, zeigt ernüchternde Zahlen. In der Basler Universitäts-Kinderklinik beider Basel (UKBB) wurde eine Umfrage durchgeführt. Es sollte ermittelt werden, welcher Anteil der Ärzteschaft sich im Herbst 2001 gegen Grippe impfen lässt, und welche persönlichen Gründe dagegen sprachen. Der Rücklauf der Umfrage betrug 80 Prozent. 46 Personen hatte sich gegen Grippe impfen lassen, 25 waren nicht geimpft. Hindernd wirkten vor allem der fehlende Glauben an die Notwendigkeit (56 Prozent) und an die Effizienz der Impfung (32 Prozent) aus, gefolgt von Bedenken im Zusammenhang mit möglichen Nebenwirkungen.²¹

Auch Geimpfte stecken andere an

Bei den seit 2001 im deutschsprachigen Raum angelaufenen Grippeimpfkampagnen versucht man nicht nur ältere Menschen zu einer Impfung zu überreden. Besonders das Medizinalpersonal wird hier angesprochen. Diese Kampagnen sollen bis zum Jahr 2005 fortgesetzt werden. Die darin geäusserten Angaben entsprechen allerdings nicht ganz der Wahrheit. Denn das Medizinalpersonal wird darin zu ihrer

Verantwortung gegenüber den Patienten aufgerufen. Wenn das Personal geimpft sei, so die Aussagen, könnten sie die Patienten nicht mit einer Grippe anstecken. Bei der Grippe ist es jedoch so, dass ein Infizieren nicht automatisch ein Erkranken einschliesst, d.h. es gibt gesunde Keimträger.²² Ein Geimpfter kann also, selbst wenn die Impfung ihn selber schützen würde, Virusträger und somit auch Überträger sein. In diesem Sinne verlieren auch Medienberichte ihren Stachel, in denen im Winter 2003/2004 von zwei Millionen Franzosen die Rede ist, die sich bereits mit der Grippe angesteckt hätten. Das klingt fürchterlich, doch bei näherem Hinsehen ist nicht klar ersichtlich, wo hier die Gefahr lauern soll. Denn „angesteckt“ heisst nicht, dass diese zwei Millionen Franzosen auch alle krank sind und krank werden und es heisst schon gar nicht, dass alle mit schweren Komplikationen erkranken werden.

Erfahrungen mit der Grippeimpfung

Etliche Schweizer Grossfirmen und Verwaltungen bieten ihren Mitarbeitern jeweils im Herbst Grippeimpfungen an, um die Kosten im Gesundheitswesen und auch die eigenen Unkosten so tief wie möglich zu halten. Obwohl diese Impfungen gratis angeboten werden, verzichtet der Grossteil der Arbeitnehmer aber trotzdem auf dieses Angebot. Eine Grippeimpfung kostet in der Schweiz rund 20.- Franken pro Angestellter. Die jährlichen Lohnausfallkosten wegen Grippe beziffern die Personalabteilungen der verschiedenen Firmen dagegen mit ca. 85'000.- Franken. Wer errechnet die Summe die anfällt, wenn die Geimpften trotz Impfung krank werden? Dass dies harte Realität ist, wissen viele Geimpfte zu erzählen.

Der Kantonsrat von St. Gallen warb gar mit verlockenden Sprüchen für diese Impfung. „Wer sich gegen Grippe impfen lässt, hat sein Geld gut angelegt，“ behauptet er. Dass diese Investition von Nutzen ist, bestreitet niemand, steigen doch die Aktien der Pharma ununterbrochen. Da die Impfung ja scheinbar vor der Krankheit schützt und dazu auch noch gratis angeboten wird, müsste geradezu ein regelrechter Ansturm bestehen. Dem ist aber beileibe nicht so.

Die Coop Ostschweiz musste ihre Mitarbeiter beinahe zur Impfung drängen und viel Überzeugungsarbeit leisten. Nun werden diese

Impfaktionen „wegen mangelndem Interesse abgeblasen.“ Auch die Swisscom in St. Gallen mit ihren 900 Mitarbeitern verzichtet jetzt wegen der schlechten Akzeptanz auf die Impfung.²³ Vor einigen Jahren wurde in Deutschland eine Umfrage der Pharma-Industrie durchgeführt. Fast 45 Prozent der Grippegeimpften verweigerten danach eine erneute Impfung mit der Begründung, sie seien trotz der Impfung an Grippe erkrankt.²⁴

Die Behandlung der Grippe

Wie man die Grippe und Erkältungskrankheiten behandelt, dürfte jedem klar sein. Hier nur ein Beispiel wie man es nicht tun sollte:

Das „*Journal of the American Institute for Homeopathy*“ brachte im Mai 1921 einen langen Artikel über den Einsatz von homöopathischen Mitteln in der Grippeepidemie. Dr. T. A. McCann aus Dayton, Ohio, berichtete darin von 24'000 grippekranken Menschen, die mit der gängigen Medizin behandelt worden waren. Von ihnen verstarben 28,2 Prozent. Gleichzeitig aber starben von 26'000 Patienten, die mit homöopathischen Mitteln behandelt worden waren, nur 1,05 Prozent. Deutlicher kann es wohl nicht ausfallen. Im Falle einer Grippe oder Erkältung ist also Hausmitteln sowie homöopathischen Heilmitteln unbedingt den Vorzug zu geben. Im eigenen Interesse! Die Gabe von Aspirin bei Kindern ist gefährlich, da sie zum Reye-Syndrom führen kann. Das Reye-Syndrom ist eine Leber- und Hirnkomplikation, die oft tödlich endet.

Warum die Grippeimpfung den Organismus schädigt

Alle Impfstoffe gegen die Grippe enthalten Hämagglutinin-Antigene. Aus der Forschung ist bekannt, dass sie in der Lage sind, die roten Blutzellen zu verklumpen. Wenn diese Hämagglutinin-Antigene sich mit den Antikörpern gegen Hämagglutinin verbinden, können sie Arterien blockieren und Zellen zu Tausenden abtöten. Die Zellen im gesunden Organ verhungern regelrecht, so wie es bei ernsthaften Herz-, Gefäss- und Kreislaufkrankheiten geschieht. Hämagglutinin ist vermutlich der Faktor, der die Produktion von Antikörpern gegen Grippe veranlasst. Sowohl Hämagglutinin als auch Neuraminidase sind an der Oberfläche des Virus und sie landen schlussendlich

als ein giftiges Molekül im Spaltimpfstoff, als sogenanntes Sub-Viruspartikel. Neuraminidase ist ein Enzym, das chemische Reaktionen auf N-Acylneuraminsäure und andere Neuraminsäuren katalysiert, die zu einer Gruppe von Substanzen gehören, die als Sialinsäuren klassifiziert werden. Neuraminsäure ist eines der Hauptarten von Zucker im Menschen und es ist ein Bestandteil von praktisch allen Glykoproteinen.

Das Enzym Neuraminidase, dass sich im Grippeimpfstoff befindet, ist sehr zerstörerisch. Es kann Neuraminsäure aus jedem oder allen Glykoproteinen in der Zellmembran herausschneiden. Dieser Vorgang schädigt die Zellmembran immens. Glykoproteine sind Stoffe von denen unser Leben abhängt. Sie sind komplexe Kohlenhydrate, die praktisch omnipräsent sind und überall im Körper für die verschiedensten Funktionen gebraucht werden. Alle Plasmaproteine sind Glykoproteine, mit Ausnahme von Albumin. Glykoproteine sind in allen Zellmembranen, in den Knochen, Gehirn, Knorpelgewebe, etc. Wenn sie unterbrochen oder zerstört werden, wie es der Fall bei Impfstoffen ist, die Neuraminidase enthalten, werden regelrechte Zerstörungseffekte im ganzen Körper ausgelöst. Glykoproteine transportieren Substanzen wie Vitamine, Mineralstoffe, Lipide und Spurenelemente durch den ganzen Körper. Zusätzlich werden neue Glykoproteine von den Zellen produziert, wenn sich Viren, Bakterien und chemische Giftstoffe im Körper befinden. Sie werden regelrecht selber zu antiviralen Substanzen und man nennt sie „Interferon“ weil sie die Virusproduktion stören. Glykoproteine zu zerstören bedeutet im übertragenen Sinne, die Grundpfeiler eines Hauses zu entfernen. Das ganze Haus wird in sich zusammenfallen, so wie es der Körper bei vielen Menschen tut, wenn Neuraminidasen durch die Grippeimpfung in den Organismus gebracht werden.

Die Leber erkennt und zerstört alle Glykoproteine, die ohne Sialinsäure daherkommen. Die Grippeimpfstoffhersteller sagen, dass Neuraminidase dem Virus hilft, die Zelle zu verlassen, aber dieser Vorgang geht auf Kosten der Zelle selber! Die Zelle, die ihre Glykoproteine verloren hat, ist funktionsmäßig verkrüppelt.

Wie wirksam ist die Grippeimpfung?

Wie gross ist denn dieser „Schutz“ eigentlich, den man durch eine Grippeimpfung erhält? Prof. Georg Vogel aus München sagte auf einer Veranstaltung von GlaxoSmithKline in München, dass bei etwa 30 Prozent aller rechtzeitig gegen Influenza Geimpften kein sicherer Infektions-Schutz gewährleistet sei.²⁵ Dass diese Zahlen weit höher liegen, geht aus einem Bericht der amerikanischen CDC hervor. Dort wird betont, dass die Impfung keinen hundertprozentigen „Schutz“ verleihe, sondern hingegen bei 60 bis 70 Prozent der Geimpften die Krankheit trotzdem ausbricht.²⁶

In der Grippesaison 2003/2004 war der Fujian-Stamm nicht im Impfstoff enthalten, der Haupterreger der Grippe war aber eben dieser Stamm. So versuchte man nun einen sprachlichen Spagat zu schaffen, und die Menschen trotzdem zum Impfen zu überreden. Anders lassen sich die verzweifelten Versuche nicht erklären, dass zwar der Impfstoff nicht richtig, aber trotzdem auch nicht ohne Wirkung sei. BAG-Sprecher Jean-Louis Zürcher sagte, die diesjährige Impfung schütze nicht optimal, sie sei aber nicht wirkungslos.²⁷ Und Prof. Christel Hülße von der STIKO meinte, der diesjährige Impfstoff sei wahrscheinlich etwas weniger wirksam, es sei aber völlig überzogen, ihn als mangelhaft zu bezeichnen. Sie gab auch noch eine Vorstellung von der Höhe des „Schutzes“: „Je nach Alter und Immunstatus schützen Grippe-Vakzinen 50 bis 80 Prozent der Impflinge.²⁸ Die WHO wird hier etwas deutlicher. Ein Sprecher sagte, die Impfung würde vermutlich einen Schutz vor dem Fujian-Stamm geben, doch niemand wisse zu sagen, wie gross dieser Schutz sei.²⁹

Die Zahlen von Prof. Hülße sprechen nach einer kleinen Analyse Bände. Denn besonders bei älteren Menschen, die anfälliger für eine Grippe und Erkältungserkrankungen sind, reagiert das Immunsystem laut medizinischen Angaben anders auf die Impfung. Sie seien, so die allgemeine Aussage, nicht in der Lage, genügend Antikörper durch die Impfung gegen die Grippe zu produzieren.³⁰ Mit dem „Schutz“ von 50 Prozent durch die Grippeimpfung hat Prof. Hülß die älteren Menschen gemeint. Demnach hat der geimpfte ältere Mensch das gleich grosse Risiko an einer Grippe zu erkranken wie der ungeimpfte ältere Mensch, ja schlimmer noch: Er hat zusätzlich noch die Mög-

lichkeit, an einer Nebenwirkung zu erkranken. Unsere obersten Gesundheitsbehörden und die Verantwortlichen für die Impfempfehlungen wissen also bestens Bescheid über Wirkungen und Nebenwirkungen der Grippeimpfung. Und doch sind es gerade die älteren Menschen, die jeden Herbst von einer regelrechten Propagandawelle überrollt werden. Es ist traurig, wie unsere Mediziner sich zum Spielball einer gewinnsüchtigen Pharma manipulieren lassen.

Angenommen diese Zahlen stimmen, dann besteht absolut kein Grund, sich gegen Grippe impfen zu lassen. In Wirklichkeit beträgt die „Wirksamkeit“ dieser Impfung null Prozent, und dies ist auch leicht zu beweisen. Im Frühjahr, wenn die Grippeviren in Asien ihren Marsch nach Europa antreten, werden sie von der WHO vor Ort genau untersucht um festzustellen, welche Zusammensetzung der neue Impfstoff haben muss. Bis sie dann im Herbst bei uns die Landesgrenze überschreiten, soll genügend Impfstoff produziert und wir nach Möglichkeit alle damit geimpft sein. Nun aber hat die Pharma die Rechnung ohne die Grippeviren gemacht. Denn sie verändern sich ständig auf ihrer Reise um den halben Globus, sie mutieren. Dass heisst, dieses kleine Wesen, das im Frühjahr in Asien losmarschierte, hat nichts mehr gemeinsam mit dem Virus, das im Herbst bei uns ankommt. Wie soll dann ein Impfstoff, angenommen er würde schützen, uns einen Schutz vor einem Virus geben, das er nicht einmal erkennt? Alle diese Aussagen beruhen zudem noch auf dem wackligen Fundament der Theorie, dass die Viren für die Entstehung der Grippe verantwortlich sind.

Es gehört eine unglaubliche Ignoranz dazu, ältere Menschen, die zudem noch geschwächt, chronisch krank, herzkrank etc. sind, eine Impfung zu empfehlen, dazu noch jährlich neu. Gerade diese Menschen benötigen immunstärkende Dinge für ihren Organismus und nicht noch eine massive neuerliche Schwächung ihres Abwehrsystems. Mit einer Impfung schwäche ich mein Immunsystem und öffne so sämtlichen Krankheiten Tür und Tor. Gerade die älteren Menschen sind es denn auch, die unter den Folgen einer Grippeimpfung enorm leiden. Viele beklagen sich, den ganzen Winter nicht richtig gesund gewesen zu sein nach dieser Impfung und ebenso viele bekommen eine handfeste Grippe.

Der beste Schutz vor einer Grippe ist noch immer eine gesunde Ernährung, Bewegung, frische Luft, positive Einstellung, etc. Nur leider lässt sich mit diesen Dingen kein Geld verdienen.

Die tatsächliche „Wirksamkeit“ der Impfung

Um die Effektivität einer Impfung festzustellen, gilt es einerseits, die Geimpften zu beobachten, bzw. zu befragen und andererseits, Studien zu Rate zu ziehen. Wenn man die Geimpften im Falle der Grippeimpfung fragt, so kann das Ergebnis nicht eindeutiger sein. Sieht man sich einige Studien genauer an, so kommen sie zum gleichen Resultat. In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurde versucht festzustellen, inwieweit die Grippeimpfung bei kleinen Kindern eine Mittelohrentzündung verhindert. 786 Kinder im Alter von 6 bis 24 Monaten wurden im Children's Hospital of Pittsburgh 1999/2000 und 2000/2001 jeweils vom 1. Dezember bis 31. März in die Studie einbezogen. Die Kinder erhielten entweder eine Grippeimpfung oder ein Placebo. In der Gruppe von 2000/2001 erkrankten 3,6 Prozent der geimpften und 3,3 Prozent der ungeimpften Kinder. Die Eltern der geimpften Kinder mussten krankheitsbedingt im Schnitt 7,2 Tage, diejenigen der ungeimpften Kinder im Schnitt 5,9 Tage Pflegeurlaub nehmen, um die Kinder zu betreuen. 12,9 Prozent der geimpften Kinder und 9,5 Prozent der ungeimpften Kinder mussten mindestens einmal ins Krankenhaus. In einer Impfgruppe wurden zudem drei Nebenwirkungen registriert, die als „ernsthaft und möglicherweise im Zusammenhang mit der Grippeimpfung“ standen.³¹

Ein ähnliches Ergebnis zeigt eine holländische Untersuchung. In einem holländischen Altersheim erkrankten 50 Prozent der geimpften Patienten und 48 Prozent der ungeimpften Patienten an Grippe. Ausreichende Antikörper wurden in 41 Prozent der Geimpften und 36 Prozent der Ungeimpften gefunden. Weitere Untersuchungen zeigten, dass die Geimpften zwar normale Antikörper gebildet hatten, diese aber trotzdem nicht auf die Influenza A-Viren reagiert hatten.³²

1988 kam es in einer Untersuchung in einem anderen Altersheim zu einem ähnlichen Resultat. Die Erkrankungs- und Todesrate war signifikant niedriger als in der vorher erwähnten Untersuchung. Und zwar gab es 37 Prozent weniger Erkrankungsfälle und 3 Prozent we-

niger Todesfälle. Der Hauptunterschied zu der vorher erwähnten Untersuchung jedoch war, dass die Bewohner des Altersheims gänzlich ungeimpft waren!³³ Palache belegte, dass bei älteren Menschen nie mehr Antikörper nach der Grippeimpfung als 52 bis 67 Prozent zu finden sind.³⁴ Andere Untersuchungen belegen eine weit niedrigere Rate. So bewies Morris, dass sie bei der besten Grippeimpfung nicht höher als ca. 20 Prozent seien.³⁵

Diese Daten lassen aufhorchen. Sind es doch genau die Bevölkerungsgruppen, die am meisten zur Impfung gedrängt werden. Selbst wenn man immer noch glaubt, Antikörper seien gleichbedeutend mit „Schutz“, so müsste man hier eindeutig eines besseren belehrt werden. Während der Grippeepidemie des Winters 1967/1968 entdeckte man, dass der Schutz der Impfung weniger als 27 Prozent betrug.³⁶ In einer Untersuchung wurde gezeigt, dass vor allem ältere Menschen vermehrt an RS-Virus-Erkrankungen sterben. Diese Viren sind, so das Ergebnis, mindestens so häufig bei den Patienten zu finden wie Grippeviren. Die Symptome der Krankheiten sind weder für den Laien, noch für den Arzt zu unterscheiden. Aufschluss gibt lediglich eine Laboruntersuchung. Selbst der hartnäckigste Impfbefürworter wird zugeben müssen, dass der Tod, herbeigeführt von einem RS-Virus, nicht durch eine Grippeimpfung verhindert werden kann.³⁷

Kann eine Grippeimpfung uns vor Grippe schützen?

Alle Zellen, vor allem aber die roten Blutzellen haben antigenische Eigenschaften, weil sie alle sowohl Proteine als auch Kohlenhydrate in der Zellwand besitzen. Forschungen haben gezeigt, dass N-Neuraminidase die roten Blutzellen veranlasst, ihre Antigenität zu verlieren. Als Folge davon verliert das Virus Hämagglutinin ebenfalls seine Antigenität wegen der N-Neuraminidase. Logischerweise können die gegen Grippe Geimpften keine Antikörper bilden. Eine Impfung kann uns noch aus einem ganz anderen Grund nicht schützen wie bereits weiter oben beschrieben wurde, da das Influenza-Virus nicht der einzige Erreger ist, der eine Grippe oder grippeähnliche Erkrankungen auslösen kann. Ausserdem mutiert (verändert) sich das Virus ständig. Deshalb kann niemand die verantwortlichen Viren bei der nächsten Grippeepidemie vorherbestimmen.

Die Herstellung des Grippeimpfstoffes

Die allantonische Flüssigkeit, in der der Grippeimpfstoff wächst, enthält eine weisse, kristalline Flüssigkeit, genannt Allantoin. Allantoin ist ein Endprodukt des Purinabbaus bei vielen Säugetieren, die Harnsäure durch Urikase nicht abbauen können, und es ist giftig. Es enthält einen hohen Anteil an Nitrogen, weswegen es auch als Kunstdünger verwendet wird. Allantoin kann in der aufgeschlüsselten Form, in der es in der Nährlösung des Impfstoffes vorkommt, Nieren- und Blasensteine erzeugen. 500 mg Gentamicin, ein Breitbandantibiotikum wird jedem Hühnerei zugeführt, um Bakterienwachstum zu verhindern. Formaldehyd, was als krebsfördernd beim Menschen gilt, wird verwendet um Viren zu inaktivieren. Tributylphosphat und Polysorbat 80 werden zu den Subviruspartikeln zugefügt, um das Virus zu einem grossen Teil zu inaktivieren und zu spalten. Polysorbat 80 wird als Wirkstoff in Tabletten benutzt. Mit anderen Worten, Polysorbat 80 ist Trägerstoff in den meisten Medikamenten. Man findet es allerdings auch in Eiscreme und industriell hergestellten Nahrungsmitteln. Harze sollen anschliessend die beiden Stoffe Tributylphosphat sowie Polysorbat 80 wieder aus dem Impfstoff eliminieren. Jeder Impfstoff enthält trotz dieser Bemühungen gleichwohl noch eine genügende Zahl dieser giftigen Substanzen, wie dem Beipackzettel unschwer zu entnehmen ist. Je nach Hersteller werden noch weitere Reinigungsverfahren durchgeführt. Wie wir also gesehen haben, enthält jeder Grippeimpfstoff Allantoin und seine Abbauprodukte, diverse Ei-Proteine, Gentamicin als Breitbandantibiotikum, Formaldehyd, Harze, Tributylphosphat sowie Polysorbat 80. Um diesen Cocktail zu konservieren, wird von vielen Herstellern - auch heute noch - Thiomersal, eine Quecksilberverbindung, benutzt.

Manche Hersteller verwenden Polyethylenglykol und Isoctylphenyl um die Subviruspartikel zu produzieren. Diese Produkte können unter keinen Umständen etwas in unserem Körper erzeugen, was auch nur annähernd den Begriff Gesundheit verdient. Polyethylenglykol verhält sich ähnlich wie Ethylenglykol (Frostschutzmittel), was in gewissen Gegenden benutzt wird, um Hunde zu vergiften. Der Körper kann diese Stoffe sehr schlecht wieder von sich aus ausscheiden. Isoctylphenyläther ist ein Äthergemisch und hat narkotische Eigen-

Schäften. Es ist bekannt, dass es Fehlbildungen verursacht, sowie Hodenrückbildungen bei Tieren, vermutlich auch beim Menschen, auslöst. Wenn Geimpfte trotzdem an einer Grippe erkranken, so wird immer wieder betont, dies könne mit der Impfung nichts zu tun haben, da es sich um einen Totimpfstoff gehandelt habe, der nur tote Viren enthalte. Das ist ein Irrtum. Grippeimpfstoffe beinhalten Proteine, die in der RNA der verwendeten Viren enthalten waren. Diese Proteine, wie Eier oder Hühnereiweiss, sind für unseren Körper, wenn sie unter Umgehung der Abwehrmechanismen in den Organismus gelangt sind, so wie mit einer Spritzimpfung geschehen, sehr schädlich. Unser Körper kann nur die Proteine und Kohlenhydrate benutzen, die er selber produziert hat, aber kein Fremdeiweiss. Jedes Fremdeiweiss ist für unseren Organismus giftig und muss vom Körper wieder abgebaut und ausgestossen werden. Wenn man sich also impfen lässt, so erhöhen die Fremdeiweisse und Kohlenhydrate die Toxizität des Körpers ausreichend genug, um eine regelrechte Krise zu verursachen. Nicht nur ist der Geimpfte jetzt in der Lage, die Grippe wirklich zu bekommen, sondern er ist auch empfänglich für die Krankheiten geworden, zu denen sein Körper z.B. erblich oder ernährungsbedingt tendiert. *Impfung erzeugt Krankheit - und keine Immunität.*

Der Impfstoff gegen Influenza

Die ersten Impfstoffe gegen Influenza wurden bereits Mitte bis Ende der dreissiger Jahre in den USA entwickelt. Heute unterscheiden wir vier verschiedene Impfstoffe:

Vollvirus-, Spalt-, Subunitimpfstoffe sowie eine neuartige Nasensprayimpfung. *Vollvirusimpfstoffe* enthalten gereinigte Viruspartikel, die eine intakte Struktur aufweisen, durch chemische Behandlungen jedoch angeblich ihre Infektiosität verloren haben. Bei den *Spaltimpfstoffen* sind die gereinigten Viruspartikel in ihre Einzelbestandteile aufgelöst. Sie enthalten - abgesehen von Resten interner Proteine - nur noch die Antigene der Virusoberfläche (Hämagglutinin und Neuraminidase). Bei den *Subunitimpfstoffen* kommt es zu einer gänzlichen Abtrennung von Hämagglutinin und Neuraminidase vom Restvirus. Subunitimpfstoffe sollen den höchsten Reinheitsgehalt aufwei-

sen.³⁸ *Nasensprayimpfstoffe* sind die neueste Errungenschaft unserer Impfstoffhersteller. Forscher der Wiener Universität für Bodenkultur sind ebenfalls daran, einen Nasenimpfspray zu kreieren. Mit der Zulassung wird nicht vor 2007 gerechnet.³⁹ Mehr über diesen neuen Impfstoff und ihren Einsatz in der Schweiz und den USA weiter unten.

Die Nebenwirkungen der Grippeimpfung sind sehr vielfältig. Sie können sich auf eine lokale Reaktion, wie z.B. Schwellung, Rötung, Schmerz, Druck beschränken, als auch weitere Formen annehmen: Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit, Venen- und Arterienentzündungen, Lungenentzündungen, rote Flecken, neurologische Komplikationen, Erblindung durch Schädigung der Sehnerven, erhöhte Infektanfälligkeit, GBS (Aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung), Meningitis (Gehirnhautentzündung), Enzephalopathie (Gehirnerkrankung), Multiple Sklerose, Ataxie, Disorientierung, akute transverse Myelitis, Krämpfe, Bronchitis, Asthma, Infektionen der oberen Atemwege, Bronchopneumonie, Ohrgeräusche, Gehörstörungen, Kollaps, Fieber, chronische Müdigkeit, Anaphylaktische Reaktionen, Gedächtnisstörungen, Halluzinationen, etc. In Japan sind innerhalb von zwei Jahren sieben Menschen nach der Grippeimpfung verstorben.⁴⁰ GBS tritt nach Beginn der Grippeimpfungen vermehrt auf.⁴¹ In Kanada sind seit 1987 37 Fälle von GBS nach der Grippeimpfung erkannt worden.⁴² Während der Grippeaison 2000/2001 in Kanada ist eine neue Krankheit als Nebenwirkung der Grippeimpfung aufgetreten, die ORS genannt wird (oculo-respiratory-syndrome).⁴³ Grippeimpfungen können Autoimmunerkrankungen verursachen. Nach einer Studie treten nach Grippeimpfungen gehäuft Antikörper gegen körpereigene Lymphozyten auf.⁴⁴ Blutdruckschwankungen bis hin zum Kollaps sind keine Seltenheit.⁴⁵ Allergien treten häufig wegen des im Impfstoffs enthaltenen Hühnereiweißes auf und sie können zu heftigen Reaktionen führen.⁴⁶ Asthmatischen soll besonders zu einer Impfung geraten werden, jedoch sind genau diese Personen es, die nach der Impfung mit Komplikationen rechnen müssen. Bei achtzehn von 255 Asthmapatienten, die gegen Grippe geimpft wurden, verschlechterte sich in den zwei Wochen nach der Impfung deutlich die Lungenfunktion.⁴⁸

Allergische Blutgefäßentzündungen (Vaskulitis) treten gelegentlich innerhalb von 10 Tagen nach der Grippeimpfung auf. Sie zeigen sich durch Fieber, Krankheitsgefühl und Hautblutungen, vor allem in den Beinen. Im schlimmsten Fall können sie sich zu Hautblasen und örtlich begrenzten Hautdefekten entwickeln. Es kann ebenfalls zu einer chronischen Nierenentzündung oder zu inneren Blutungen kommen, sowie zu Gelenkbeschwerden im Sinne von allergischen Spätreaktionen. — Es treten vor allem immer wieder neurologische Schäden nach dieser Impfung auf: Nervenentzündungen mit entsprechenden Ausfällen, vor allem im Kopf- und Armreich, auch einhergehend mit Schmerzen und Gefühlsstörungen werden oft malsberichtet.^{50,51,52,53,54} Durch die Entzündung von Sehnerven können Sehstörungen, durch Augenmuskellähmungen Schielen oder Doppelsehen auftreten. — Inkontinenz, Potenzstörungen, Schwindel oder Gangstörungen bis hin zur Querschnittssymptomatik sind dokumentiert.^{55,57,58,59} Diese Schäden können von bleibender Dauer sein.⁶⁰ Laut einer Untersuchung wurde belegt, dass es bei 1 von 100000 Geimpften zu einer autoimmun ausgelösten Nervenentzündung oder Enzephalitis (Gehirnentzündung) kommt.⁶¹ In Deutschland wurden diese Nervenschäden sogar bei einem von 700'000 bis 1,3 Millionen Geimpften gemeldet,⁶² wobei hier immer auf die sehr hohe Dunkelziffer aufmerksam gemacht werden muss. Man geht davon aus, dass lediglich 5 Prozent der Schäden auch tatsächlich gemeldet werden. Bei den über 65jährigen scheint die Wahrscheinlichkeit einer Enzephalitis nach einer Grippeimpfung niedriger zu sein als bei jüngeren Personen.⁶³ Die Grippeimpfung kann laut einer Studie ebenfalls einen Multiple Sklerose-Schub auslösen.^{64,65,66,67} Bei vielen Geimpften kommt es zu Beschwerden wie Müdigkeit, Initiativverlust, Denkstörung, Halluzinationen und Depressionen.^{68,69}

Nasalflu - der Schweizerische Nasenimpfspray

Am 20. Oktober 2000 wurde der neue Grippeimpfstoff Nasalflu Berna vom Schweizerischen Serum- und Impfinstitut durch das Schweizerische BAG zugelassen. Mitte September 2001 hat der Hersteller, Berna Biotech AG, den Impfstoff selber wieder vom Markt genommen, weil sich rund 50 Fälle vorübergehender Gesichtsläh-

mungen im Anschluss an diese Impfung ereigneten. 2001 gab es etliche Firmen und Unternehmen in der Schweiz, die ihren Mitarbeitern diesen „grundsätzlich neuen Impfstoff (Zitat BAG) offerierten. So unter anderem eine grosse Zürcher Tageszeitung. Einige der Angestellten wurden von einem heftigen Schnupfen befallen, verbunden mit starken Glieder- und Muskelschmerzen, sowie Erschöpfung. Drei der Angestellten litten unter Gesichtslähmungen: Der Mundwinkel hängt herunter, das Auge lässt sich nicht mehr schliessen, Essen, Trinken und Sprechen sind fast unmöglich. Die Lähmungen wurden mit Kortison behandelt. Diese Art der Lähmungen wurden in anderen Firmen ebenfalls festgestellt. Im Universitätsspital Zürich sagte Dr. Ott, leitender Arzt der Hals-Nasen-Ohren Poliklinik, dass bei „erstaunlich vielen Patienten mit Gesichtslähmung festgestellt (wurde), dass sie zuvor eine Grippeimpfung mit Nasenspray gemacht hatten.“⁷⁰

Viele Ärzte hatten von Anbeginn an dieser Impfung mit Skepsis entgegengesehen und wollten erst die Nebenwirkungen genauer untersucht wissen. Sinnigerweise kam die stärkste Kritik betreffend Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von einem Mitglied der Schweizerischen Kommission für Impffragen (SKIF). Dr. Desgrandchamps, seines Zeichens Kinderarzt und unermüdlicher Impfbefürworter, kritisierte mit harschen Worten die Unzulänglichkeit der Studien. Gleichzeitig warf er dem BAG vor, Theorien als gesicherte Erkenntnisse auszugeben. Man könne „die Wertung des BAG nur noch als fremdeidgenössische Schützenhilfe gegen die böse ausländische Konkurrenz interpretieren“, so Desgrandchamps im *Swiss Medical Forum*, einer offiziellen FMH-Zeitschrift.⁷¹

Wenn man den Beipackzettel genau durchliest, erkennt man, dass diese Impfung keinesfalls so harmlos ist, wie sie uns angepriesen wird. Vor allem ist es selbst für einen Laien nicht mehr unverständlich, wieso ausgerechnet Gesichtslähmungen auftreten können. Der Impfstoff enthält laut Hersteller: Hämagglutinin, Escherigen Berna, Natriumchlorid, Lezithin, Natriumhydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumhydrogenphosphat, Dymethylsulfloxid, und als Antibiotika Kanamycin, Polymyxin B und Neomycin. Die Impfung war auch für Kinder ab dem 5. Lebensjahr vorgesehen.

Als „unverwünschte Wirkungen“ sind angegeben, dass 1'200 Personen an klinischen Versuchen teilnahmen, die unter anderem folgendes Ergebnis brachten: Nasenlaufen, verstopfte Nase, Unbehagen in der Nase, Husten, Frösteln, Gliederschmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit, Durchfall, Fieber, Kopfschmerzen, allergischer Hautausschlag, Gesichtsschwellung, leichte Atemnot. Zusätzlich können noch auftreten: Neuralgien, Krämpfe, vorübergehende Blutplättchenarmut, allergische Reaktionen, die zum Schock führen können, Nervenkrankheiten wie Entzündung von Gehirn und Rückenmark, Nervenentzündungen, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung. In sehr seltenen Fällen wurden Entzündungen kleinerer Arterien und Venen mit Nierenbeteiligung beobachtet.

Der wunderbare Grippeimpfspray hatte bei uns in der Schweiz mit nur einem Marktanteil von 10 Prozent bereits einen Umsatz von vier Millionen Franken erzielt. In der Zwischenzeit soll eine Studie Klarheit schaffen, ob die Gesichtslähmungen tatsächlich von dem neuen Grippeimpfspray herstammen. Dazu wurde Robert Steffen vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich vom Hersteller Berna beauftragt. Doch hier treten seltsame Verquickungen zutage, denn Robert Steffen ist nicht nur Leiter der Studie, sondern er war bis vor kurzem auch Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Berna Biotech AG und zudem Mitglied der SKIF. Diese eigenartigen Ämterkombinationen stören aber scheinbar weder das BAG noch die Berna Biotech AG selber. Man behauptet allen Ernstes, dass Robert Steffen hier fähig sei, objektiv an diese Studie heranzugehen. Die meisten klinischen Tests übrigens, die zur Einführung des Impfstoffes gemacht wurden, stammen von SUVA-Chefarzt Ulrich Glück. Er ist interessanterweise der Bruder von Reinhard Glück, dem Entwickler von Nasalflu. Die besagte Studie von Robert Steffen ist anfangs 2003 fertig erstellt worden, nur hat sie noch niemand (bis anfangs 2004) zu Gesicht bekommen. Sie soll in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden, wann, weiß keiner. Der Anwalt der Geschädigten hat sich bereits zu Wort gemeldet und leicht irritiert festgestellt, dass niemand von seinen Klienten von Robert Steffen oder seinen Mitarbeitern kontaktiert und befragt wurde. Wie aber kann man eine Studie erstellen, ohne die Betroffenen mit einzubeziehen? ⁷²

FluMist - der amerikanische Nasenimpfspray

FluMist, wird gemeinsam von den Pharmaunternehmen Wyeth und MedImmune hergestellt, pro Dosis kostet sie 70 Dollar. Der Impfstoff ist für „gesunde Menschen im Alter von 5 bis 49 Jahren zugelassen, jedoch nicht für alte und chronisch kranke Menschen.“ Die beiden Hersteller haben von Dezember 2003 bis Januar 2004, also in zwei Monaten insgesamt 25 Millionen Dollar für Werbung und Akzeptanz in der Bevölkerung für diese Impfung investiert. In den nächsten drei Jahren sollen weitere 100 Millionen Dollar, diesmal als Werbung bei den Ärzten, eingesetzt werden.⁷³ Laut Beipackzettel sind die häufigsten Nebenwirkungen Husten, laufende Nase, Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Muskelschmerzen und Fieber. Alles Symptome, die man bei einer Erkältung oder Grippe ebenfalls bekommt, aber gratis.

Es handelt sich um eine Lebendimpfung, wobei der so Geimpfte seine ganze Umgebung hochgradig anstecken kann. Kinder scheiden die Viren bis zu 21 Tagen nach der Impfung aus, Erwachsene sogar noch länger.⁷⁴ Mit FluMist Geimpfte sollen laut Beipackzettel einen engen Kontakt mit Menschen meiden, deren Immunsystem gestört ist. Dies sind allerdings in den USA laut Aussagen der CDC mehr als 60 Prozent der Bevölkerung. Die so Geimpften müssten also für mindestens drei Wochen unter Quarantäne gestellt werden, weil sie für die Mehrheit der US-Bürger eine Gefahr darstellen. Doch die Impfung schädigt nicht nur die Mitbürger, sie ist für den Geimpften selber eigentlich noch weit gefährlicher.

Die Impfviren gelangen durch den Spraysstoss in die Nase auf direktem Weg in das Gehirn des Geimpften. An der Oberseite des Nasenkanals befindet sich ein hauchdünner, siebartiger Knochen. Die Geruchsnerven passieren diesen Knochen und transportieren Moleküle in das Gehirn, die dann von uns als Geruch wahrgenommen werden. Der Bereich des Geruchsinns ist in der Medizin bereits lange bekannt als direkter Weg in das Gehirn. Eine Einsprühung von FluMist mit lebenden Impfviren in die Nase kann vermutlich eben unter Beteiligung der Geruchs-Nervenzellen, die das Virus direkt in das Gehirn transportieren, in gefährlichen Gehirninfektionen enden, die

man gemeinhin Gehirnentzündung (Enzephalitis) nennt.⁷⁵ Bereits jetzt wird in den US-Medien die Frage gestellt, ob der neue Impfstoff FluMist dem Influenza Stamm Fujian den Boden geebnet oder sogar mitverursacht hat.

Die Grippe und das grosse Geschäft

Im Herbst 1999 spukten in Schweizer öffentlichen Verkehrsmitteln, auf Plakatwänden und in „ausgewählten Print-Erzeugnissen“ viele bunte, kleine, freche Grippeviren. Nicht irgendwelche Grippeviren, sondern die vom Schweizer Pharmakonzern Roche Pharma (Schweiz) AG. Roche-Presse sprecher Roland Haefeli betonte, es handle sich keineswegs um Werbung für das neue Roche-Grippemedikament Tamiflu. Man wolle lediglich mit dieser Kampagne Aufklärungsarbeit leisten und auf die typischen Grippesymptome aufmerksam machen. Bei der Werbung war von einer „interaktiven Checkliste“ zu lesen; sie riet dem virtuellen Patienten, schon bei wenigen Grippesymptomen schnell den Hausarzt aufzusuchen. Tamiflu - das Wundermittel von Roche, stellte sich dann heraus, sollte innerhalb von 36 Stunden nach Auftreten der ersten Grippesymptome eingenommen werden. Also doch nicht so selbstlos, die ganze Kampagne. Wie könnte es auch anders sein! Schade nur, dass die vielen hübschen, bunten Roche-Viren schnell in der Schweiz auf den Plakatwänden ausgespukt hatten. „Die Anzeigen Verstössen klar gegen unsere Werbebestimmungen“, sagte Sven Baumann, Presse sprecher der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS). Publikumswerbung ist nicht zulässig für Heilmittel, die nur auf ärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen.

Was ist nun eigentlich dieses Wundermittel Tamiflu? Der Konsumentenschutz bringt es klar auf den Punkt: „Drei Punkte zeichnen diese Neuheit aus: Die Medikamente sind teuer, werden mit beachtlichem Werbeaufwand vertrieben und nützen fast nichts.“⁷⁶ Neben Tamiflu von der Roche Pharma AG kam gleichzeitig noch das ähnliche Grippe-Medikament „Relenza“ vom amerikanischen Pharmahersteller Glaxo-Wellcome auf den Markt. Die Mittel sollen laut Hersteller die Grippesymptome abschwächen und den Krankheitsverlauf um 1 bis 2 Tage kürzen. Die Kosten betragen ca. Fr. 90.- und werden von

den Krankenkassen nicht übernommen. Die Mittel sollen gegen die Vermehrung der Grippeviren wirken und müssen deshalb so früh wie möglich eingesetzt werden. Ein stolzer Preis also für etwas, das fast nicht wirkt. Wenn man zudem noch den Beipackzettel anschaut, wird man es sich zweimal überlegen, ob man gewillt ist, diese „Wundermittel“ auch tatsächlich zu schlucken. Als Nebenwirkungen sind angegeben: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bronchitis, Bauchschmerzen, Benommenheit, Kopfschmerzen, Husten, Schlafstörungen, Schwindel, Müdigkeit. Wenn Sie die Grippe tatsächlich haben, ist nicht ganz einzusehen, warum Sie ein Medikament einnehmen sollten, das die Grippesymptome noch verstärkt! Das können wir wahrlich billiger haben!

Treuherzig heisst es, es sei bei Reproduktionsstudien an Ratten und Kaninchen keine teratogene Wirkung (Fehlbildung) festgestellt worden. Ebenso seien bei Untersuchungen über die Fruchtbarkeit bei Ratten keine Hinweise auf eine Beeinflussung gefunden worden. Bei schwangeren Frauen lägen aber noch keine ausreichenden Angaben vor, so dass die Gefahr fetaler Missbildungen und fetaler Nebenwirkungen durch die Einnahme von Tamiflu nicht beurteilt werden könne. Hier muss man sich fragen, warum diese qualvollen Tierversuche immer noch gemacht werden, wenn man ja sehr wohl weiss, dass man von den Tieren nicht auf die Menschen schliessen kann. Auch hier haben wir es als Verbraucher wieder in der Hand zu reagieren und dem Ganzen einen Riegel vorzuschieben. Jedes Medikament muss eine gewisse Reihe von Tierversuchen hinter sich haben, bevor es z.B. in der Schweiz zugelassen wird. Wir sollten - allein schon aus diesem Grund - auf chemische Medikamente wirklich nur im äusserten Notfall zurückgreifen. Und auf die sogenannte Grippemittel können wir sowieso getrost verzichten. Bis man weiss, ob das tolle Mittel nicht noch ganz andere Nebenwirkungen hat, werden eine Menge klinischer Studien nötig sein. Jeder, der ein solches Mittel kauft, nimmt unbewusst an einer klinischen Studie teil.

Wie gut das Geschäft mit der Grippe für bestimmte Firmen sein muss, zeigte Roche selber auf. In London in einem Viersternehotel sind im Herbst 1999 Dutzende von Journalisten aus ganz Europa auf Einladung von Roche zusammengekommen: Eine Pressekonferenz

fand statt. Hin- und Rückflug samt Übernachtung im Viersternehotel bezahlte der Gastgeber. Vor der Pressekonferenz gab es ein Lunch und satt und zufrieden lauschten die Journalisten Prof. John Oxford, Virologe am Royal London Hospital. Er zeigte das Dia eines sportlichen jungen Mannes, der innerhalb weniger Tage an Grippe gestorben sein soll, und schilderte dem Publikum, dass die Grippe eine sehr schlimme, nicht selten tödliche Krankheit sei. Die Spanische Grippe habe am schrecklichsten gewütet. Im Eifer des Gefechtes verdoppelte er die Zahl der Todesfälle von damals, und nannte 40 Mill.; es fiel niemandem auf! Man erwarte eine neue Pandemie, führte er weiter aus. Glücklicher- oder dummerweise konnte er aber auch nicht sagen, wann sie kommen würde.

Dann ging es um die Wirtschaft und um harte Fakten. Prof. Claude Hannoun vom Institut Pasteur in Paris rechnete vor, die gesamten gesellschaftlichen Kosten hätten betreffend Grippe den französischen Gesundheitsdienst allein im Jahr 1989 umgerechnet Fr. 3.5 Milliarden gekostet. Spätestens hier haben alle die Botschaft verstanden: Wer mit einer Grippe im Bett liegt, tut dies auf Kosten der Gesellschaft. Doch dann brachte Prof. Frederick Hayden von der Virginia School of Medicine Hoffnung in die Runde, denn er erzählte, dass dank Tamiflu und Relenza, den neuen Grippemedikamenten, ein Durchbruch in der Forschung gelungen sei. Allerdings sei Tamiflu erst in der Schweiz und den USA erhältlich, die Zulassung für die EU erfolge erst für die nächste Grippesaison, sprich Herbst 2000.

Schliesslich kam der absolute Höhepunkt der Veranstaltung. Prof. Oxford verkündete stolz: „Die neuen Grippemedikamente hätten vielleicht auch gegen das Grippevirus von 1918 gewirkt!“. Er erklärte, er habe gemeinsam mit einem internationalen Forschungsteam unter dem Co-Sponsor Roche (wie könnte es anders sein!) eine Expedition nach Spitzbergen unternommen. Die Wissenschaftler gruben sechs Leichen von Minenarbeitern aus, die 1918 der Grippe zum Opfer gefallen waren. Natürlich alles unter Wahrung des höchsten ethischen Standards! Zum Kummer des Expeditionsteams lagen die Leichen aber nicht im Permafrost, sondern etwas darüber. Der aufmerksame österreichische Leser wird den kleinen Unterschied kennen. Ötzi müsste daneben wie ein knuspriger junger Mann gewirkt haben!

Zum Schluss gab es Kaffee und Gebäck, Rot- und Weisswein. Die Forscher spielten Fotomodel und Hessen sich interviewen. Die satten und zufriedenen Journalisten trugen die schlimme, gerade von hochkarätigen Wissenschaftlern von sich gegebenen Neuigkeiten bis in den letzten Winkel von Europa. In einer Ecke des Raumes aber stand Dr. Torsten Hoof, Global Business Leader Influenza bei Roche. Er sagte aufgeräumt beim Abschied zu Prof. Hannoun: „Wenn Sie zurückkommen Claude, finden Sie Ihr nächstes Reise-Arrangement bereits auf Ihrem E-Mail.“⁷⁷ Fiktion? Nein, leider wirklich so geschehen. Wie gesagt, im Herbst 1999 in London in einem Viersternehotel.

Eigenartige Bemühungen um die Grippeimpfung

Um diese Impfung an den „Mann“ zu bringen, kennt die Phantasie unserer Gesundheitsbehörden offenbar keine Grenzen. Hier einige geistige Höhenflüge fleissiger Beamten, Ärzte und Pharmafirmen:

In Deutschland hatte man offenbar Mühe, das Zielpublikum zu erreichen. Deshalb Hess man sich im Saarland etwas ganz Spezielles einfallen. Am 30. Oktober 2002 waren ganz Ärzteteams per Bahn unterwegs. Nicht etwa zum eigenen Vergnügen, nein, harte Pflichterfüllung war angesagt. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Saarland hatten ihre Ärzte ausgesandt um von 15:00 bis 18:00 Uhr zwischen Saarlouis und Homburg per Bundesbahn unterwegs zu sein und die Passagiere auf die Grippeimpfung, aber auch auf Masern und Röteln anzusprechen. Die Reisenden erhielten zudem eine Kurzinformation über die wichtigsten Impfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wer sein Impfbuch dabei hatte, konnte ausserdem seinen Impfstatus überprüfen lassen. Leider ist uns nicht bekannt, wie viele Bundesbürger mit dem Impfbuch in der Tasche Bahnfahrten unternommen!

In Österreich versuchte man durch Panik die Bürger fügsam zu machen. An der Pressekonferenz zur Influenza-Kampagne 2002/2003 am 2.10.2002 in Wien wurde nur von „Influenza - dem Killervirus“ gesprochen. Frau Dr. Körner gab gar einen hinkenden Vergleich von sich: „Bei einer durchschnittlichen Influenza-Welle sterben mehr Menschen innerhalb einer Woche als das ganze Jahr im Strassenverkehr.“ Sollte Frau Dr. Körner die Zahlen tatsächlich nicht kennen.

teilen wir sie ihr hiermit höflichst mit: Im gesamten Jahr 2000 starben in Österreich mehr als 1000 Menschen im Strassenverkehr, an der Influenza hingegen im gleichen Jahr 145. Aber vermutlich meinte Frau Dr. Körner nicht den Landesdurchschnitt, sondern sie sprach vielleicht von den Strassenverhältnissen am Dachstein. Ihr scheint ausserdem auch entgangen zu sein, dass es in einer Informationskampagne an die österreichischen Ärzte heisst, dass „die Zahl der Impfresponder (. . .) vor allem bei älteren Patienten drastisch bis auf ca. 40-50 Prozent ab(sinkt).“⁷⁸

In der Schweiz wiederum prangte im Oktober an allen Ecken und Enden die Werbung zur Grippeimpfung. In Zürich krempelten die Gemeinderäte in aller Öffentlichkeit die Ärmel hoch, um vor Presse und staunendem Publikum ihre Impfung in Empfang zu nehmen.⁷⁹ Man überbot sich gegenseitig vor lauter Eifer in Lächerlichkeiten. Hier einige Muster davon: Prof. Holländer vom Uni-Kinderspital in Basel meinte: „Pro Tag könnten 10000 Impfungen durchgeführt werden, ohne dass das Immunsystem überlastet würde.“⁸⁰ Ob er seinen eigenen Kindern wohl auch 10000 Impfungen an einem Tag verabreichen würde? Wohl kaum! Und die damalige Bundesrätin (Gesundheitsministerin) Ruth Dreifuss warb ebenfalls fleissig für die Impfung. Auf die Nebenwirkung angesprochen, meinte sie, leider sei halt der Piks für die Kinder unangenehm.⁸¹ Derart viel „Kompetenz“ hat uns dann doch überrascht! In Basel versuchte der Kantonsarzt Dr. Bucheli die Berufspersonen in den Spitätern zur Grippeimpfung zu animieren. In einem Faltblatt warb er mit „Kriterien aus wissenschaftlicher Sicht“. Besagtes Faltblatt kam mit freundlicher Unterstützung der Berna Biotech AG und der Ricola AG zustande. Wie sinnvoll man doch zusammenarbeitet: Berna stellt die Grippeimpfung her und Ricola die Hustenbonbons, falls die Impfung wieder einmal versagen sollte.

In England war man ebenfalls einfallsreich und brachte noch nie Dagewesenes. Die Supermarkt-Kette Asda kaufte von der Biotechfirma PowderJet 35'000 Dosen Grippeimpfstoff. Am 12. Oktober begannen sie dann landesweit in ihren 256 Filialen von 10:00 - 18:00 Uhr im Supermarkt die Impfung zu verabreichen. So konnte man also schnell auf dem Weg zwischen Salat und Käse gegen Grippe geimpft

werden, wie praktisch! Ausserdem kostete die Impfung anstelle der € 20 nur noch € 12. PowderJet war hocherfreut über die eigene Idee und erwägt, auch andere Impfungen, wie z.B. Gelbfieber, in die Supermärkte zu bringen.⁸²

Seltsame „Diagnosehelfer“

Die AGI - Arbeitsgemeinschaft Influenza - in Deutschland hat seit ihrer Gründung ein „Sponsorenboard“. Das sind Gruppierungen und Firmen, die die Arbeit dieser AGI massgeblich finanziell unterstützen. Das Deutsche Grüne Kreuz, unter dessen Ägide diese Arbeitsgemeinschaft läuft, hat hier keinerlei Hemmungen, ihre Sponsoren bekanntzugeben. Es handelt sich um Chiron Behring GmbH + Co, Pasteur Merieux MSD GmbH, GlaxoSmithKline Pharma GmbH sowie um Solvay Arzneimittel GmbH. Es wird sogar ausdrücklich betont, dass diese Firmen „eine Unterstützung von Anfang an“ geleistet hätten.⁸³

In Deutschland gibt es ein Frühwarnsystem, „RealFlu-Report“, das den Ärzten helfen soll, die Influenza rechtzeitig zu erkennen. Das System wurde in der Grippesaison 2002/2003 erstmals eingeführt. Entwickler ist das Pharma-Unternehmen Hoffmann-La Roche. Es erfasst über ein Netzwerk von etwa 300 Meldeärzten Influenza und influenzaähnliche Erkrankungen. Wenn also ein Patient mit Kopfschmerzen, erhöhter Temperatur, laufender Nase und bellendem Husten in die Arztpraxis kommt, es aber laut „RealFlu-Report“ in der Region kaum Influenza gibt, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient mit den Grippesymptomen auch eine Influenza hat, sehr gering. Es ist erstaunlich, dass die Ärzte sich nicht über ihre seltsamen „Diagnosehelfer“ wundern!

Doch es kommt noch schlimmer: Wenn Ärzte dank „RealFlu-Report“ davon ausgehen können, dass Patienten mit Grippesymptomen Influenza haben, kann dies auch die Therapieentscheidung erleichtern. „So lassen sich Patienten, die innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn in die Arztpraxis kommen, noch erfolgreich mit einem Neuraminidase-Hemmer behandeln“ heisst es in der ÄZ.⁸⁴ Ein Neuraminidase-Hemmer ist z.B. das Medikament Tamiflu. Und wer produziert Tamiflu? Erraten, das Unternehmen Hoffmann-La

Roche! Das Frühwarnsystem ist also kein selbstloser Akt eines Pharmakonzerns, sondern knallharte Werbung für ein Medikament, dass ausser einem hohen Preis und happenigen Nebenwirkungen nicht viel zu bieten hat. Auch in Österreich existiert ein „Diagnostisches Influenza-Netzwerk“. Besagtes Netzwerk wurde vom Institut für Virologie der Universität Wien und Roche Austria ins Leben gerufen.⁸⁵ Über den Sinn dieser „Zweckehe“ kann man weiter oben nachlesen!

¹ Königshoven v. Jakob, Strassburger Chronik, 1648

² Srdor J., Boscovich PJ., Ein Gelehrtenleben, Agram 1905

¹ Pasquier, Les recherches de la France, Paris 1596

⁴ Gruner-Haeser, Scriptores de Sudore Anglicus, Jena 1847

⁵ Hecker, Der englische Schweiss, S. 289

⁶ Kantzows T., Chronik von Pommern, Stettin 1897-98

⁷ Winkle St., Kulturgeschichte der Seuchen, Komet Verlag

⁸ Kraftheim JC v., Consilia et epistolae medicinales, Frankfurt 1592

⁹ Gray E., An Account of the Epidemie Catarrh of the Year 1782, London 1784

¹⁰ Ségur, Histoire de Napoleon et de la grande armée, Paris 1824

["] Freudenberg E., Goethes Krankheiten, Graz 1895

¹² Koch William, The Survival Factor in Neoplastic and Viral Diseases

¹³ Garrett Laurie, The Coming Plague, 1994

¹⁴ Ärzte Zeitung 17.12.2003

¹⁵ Statistisches Bundesamt, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 2, 2000, S. 43

¹⁶ Bundesamt für Statistik, Todeszahlen an Grippe von 1969-2000

¹⁷ Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2003

¹⁸ Landessanitätsdirektion Wien, 10/2002

¹⁹ BAG Bulletin, 3.2.2003

²⁰ Deutsches Ärzteblatt, Heft 36, 5.9.2003

²¹ Heiniger U., et al, Pediatr Infect dis J 2003, May, 22(5):391-4

²² Hofmann F., Handbuch der Infektionskrankheiten, ecomed Verlag, VIII 6.23

²³ Thurgauer Zeitung, S. Minder, Vorbehalte gegen Grippe-Impfung

²⁴ Balance, Dr. Buchwald, 4/2000

²⁵ Ärzte-Zeitung 4.3.2002

²⁶ MMWR 47, 1, 1998, sowie CDC, 1997, 46(RR-9):1-26

²⁷ 20 Minuten, 1.12.2003

²⁸ Ärzte Zeitung 2.12.2003

²⁹ New York Times, L. Altman, 14.12.2003

³⁰ AP, 7.12.2003

³¹ Hobermann A., et al, JAMA, 2003, 290:1608-1616

³² Beyer WEP., et al, Ned Tijdschr Geneesk 1993, 137/39:1973-1977

³³ Gaublomme K., Influenza, July 1996

³⁴ Palache AM., Eur J Clin Res, 1992, 3:117-38

[!] Morris, in: The International Vaccination Newsletter, 1995/3:4-8

³⁶ Waldmann RH, et al, JAMA, 1969; 207: 520-524

³⁷ Fleming DM, et al, Lancet, 1993; 342: 1507-1510

- ³⁸ Ärzte-Magazin 39/2001, 29.9.2001
³⁹ Ärzte-Magazin 9/2003, 28.2.2003
⁴⁰ Japan Times, 5.2.2003
⁴¹ Japan Times, 18.11.2002
⁴² Globe and Mail, A.Picard, Public Health Reporter, 18.11.2002
⁴³ Clinical Infectious Diseases, 5.3.2003
⁴⁴ Stepanova LA, et al, Vopr Virus 2000; 45(2): 26-29
⁴⁵ Hennessen W., et al, Der Nervenarzt 1978, 49: 90-96
⁴⁶ CDC, 1997, 46 (RR-9):1-26
⁴⁷ Yamane N, et al, Epidemiol Infect 1988, 100(2): 291-299
⁴⁸ Nguyen-van-Tam, KS, et al, Lancet 1998, 351 (9099):326-331
⁴⁹ Thurairajan G., et al, Br J Rheumatol 1997, 36(1):120-123
⁵⁰ Ehrengut W., et al, Münch Med Wschr 1977, 119: 705-710
⁵¹ Felix JK., et al, Amer J Dis Child 1976, 130(1): 82-83
⁵² Schümm, F, Dtsch med Wschr 1976; 101(18):720-721
⁵³ Furlow TW; Lancet 1977, 1(8005): 253-4
⁵⁴ Hennessen W., et al, Der Nervenarzt 1978, 49: 90-96
⁵⁵ Hennessen W., et al, Der Nervenarzt 1978, 49: 90-96
⁵⁶ Wells, CEC., Br Med J 1971, 3(777):55-56
⁵⁷ Hennessen W., et al, Der Nervenarzt 1978, 49: 90-96
⁵⁸ Ehrengut W., et al, Münch Med Wschr 1977, 119: 705-710
⁵⁹ Bakshi, R., et al, J Neuroimaging 1996, 6(4): 248-250
⁶⁰ Poser CM., Acta Neurol Scand 1982, 66(4): 413-431
⁶¹ Kimmian TG, Vet Quarterly 1992, 14/3: 110-118
⁶² Ehrengut W., et al, Münch Med Wschr 1977, 119: 705-710
⁶³ CDC, 1997, 46 (RR-9):1-26
⁶⁴ De KeyserJ., et al, J Neurol Sei 1998, 159(1): 51-53
⁶⁵ Hennessen W., et al, Der Nervenarzt 1978, 49: 90-96
⁶⁶ Miller H., et al, BMJ 1967, 22:210-213
⁶⁷ Yahr MD, et al, Arch Neurol 1972, 27: 182-183
⁶⁸ StöhrM., et al, Med Welt 1976: 27: 912-914
⁶⁹ Woods CA, et al, J Pediatr 1964, 65(5): 745-748
⁷⁰ Tagesanzeiger, 9.2.2001
⁷¹ Schweiz Med Forum, 23. Mai 2001
⁷² Tagesanzeiger 18.3.2003
⁷³ Washington Post, 10.9.2003, 18.6.2003
⁷⁴ Zangwell K., Ped Infec Dis J 2003; 22(3):273-274
⁷⁵ Knipe D., Fields Virology, 4th Ed. 2001
⁷⁶ Tipp & Test 1/2000
⁷⁷ NLZ, 25.11.1999
⁷⁸ Pharmainformation, Jahrg. 15/Nr. 4, Dez. 2000
⁷⁹ NZZ, 31.10.02
⁸⁰ St. Galler Tagblatt, 14.11.02
⁸¹ NLZ, Okt. 2002
⁸² Financial Times, 2.10.02, P. 26, D. Firn
⁸³ Homepage des Deutschen Grünen Kreuzes www.dgk.de
⁸⁴ Ärzte Zeitung 2.12.2003
⁸⁵ Medical Tribune, 6.3.2002

Die Hepatitis B-Impfung — schützt sie uns, oder ist sie das noch grössere Übel als die Krankheit selbst?

Die Schweizer Kinder sind in der glücklichen Lage, noch nicht routinemässig als Säuglinge gegen Hepatitis B geimpft zu werden. Obwohl ein Impfstoff bereits besteht und das BAG die Impfung auch der jüngsten Eidgenossen gerne sehen würde, haben sich die Schweizer Kinderärzte gegen die routinemässige Impfung aller Säuglinge ausgesprochen. Unsere Gesundheitsbehörden erwähnen immer wieder, dass die überwiegende Mehrzahl der Hepatitis B-Erkrankten aus dem Drogen- und Prostituiertenmilieu kommen. Eine anonyme Befragung in Schweden konnte sogar 100 Prozent der frisch infizierten Hepatitis B-Patienten den Risikogruppen zuordnen. Von daher wirkt es sehr unglaublich, wenn versucht wird, den Eltern die Impfung ihrer Säuglinge schmackhaft zu machen.

Hepatitis B ist nach Aussagen unserer Medizin eine Viruserkrankung. Hepatitis heisst wörtlich übersetzt „Erkrankung der Leber“, man nennt sie auch Gelbsucht. Im 5. Jahrh. v. Chr. wurde sie erstmals beschrieben. Als Hippokrates eine epidemische Gelbsucht beschrieb, schilderte er vermutlich eine Hepatitis B-Erkrankung. Epidemien von Gelbsucht werden in der Geschichte immer wieder beschrieben, besonders während den Kriegen im 19. und 20. Jahrhundert. Im amerikanischen Bürgerkrieg wird von mehr als 700'000 Fällen berichtet und während des Zweiten Weltkrieges gab es Hunderttausende von Fällen unter den Soldaten der amerikanischen und französischen Truppen. Bei vielen dieser Fälle handelte es sich auch um Hepatitis A. Es wird in medizinischen Kreisen vermutet, dass eine regelrechte epidemische Übertragung von Hepatitis B auftrat, als blutenthaltende Produkte verwendet wurden. Dass man Gelbsucht durch Blutprodukte übertragen kann, bewies erstmals 1883 Dr. Lurman in Bremen. Tausende waren damals gegen Pocken geimpft worden, die auf menschlicher Lymphe produziert worden war. Man benutzte damals zur Pockenimpfstoffherstellung noch anstelle der Kuh, Waisenkinder (!). Von 1289 Hafenarbeitern, die die Impfung erhielten, bekamen 191 (15 Prozent) wenige Wochen bis acht Monate nach der Impfung eine

Gelbsucht. Bei den ungeimpften Arbeitern trat kein Fall von Gelbsucht auf.¹

Anfangs des 20. Jahrh. gab es viele Ausbrüche von Gelbsucht, vor allem bei Personen, die einen Krankenhausaufenthalt wegen Venenproblemen, Diabetes, Tuberkulose und Bluttransfusionen hinter sich hatten. Ebenfalls trat Gelbsucht nach den ersten Masern- und Mumpsimpfungen immer wieder auf. Militärisches Personal, das sich im Zweiten Weltkrieg gegen Gelbfieber impfen liess, berichtete eben-falls über viele Fälle von Hepatitis B.^{2,3,4}

Der Gelbfieberausbruch stand im Zusammenhang mit einer Serie von Impfungen, die menschliches Blutplasma enthielten. Eine nachfolgende Studie zeigte auf, dass bei 97 Prozent der mit einem menschlichen Blutplasma gegen Gelbfieber geimpften ein serologischer Nachweis Hepatitis B zeigte, wo hingegen nur 13 Prozent der gegen Gelbfieber geimpften eine Hepatitis B hatten, die mit einem Impfstoff ohne menschliches Serum geimpft worden waren. In diesem Fall war also offensichtlich das menschliche Blutplasma die Ursache der Hepatitis B-Fälle.- Beale belegte 1992, dass es zwischen Januar und Juli 1942, während des Zweiten Weltkrieges, zu 28*585 Fällen von Hepatitis B kam, wovon 62 tödlich verliefen. Als Ursache gibt er die Verseuchung des Gelbfieberimpfstoffes mit Hepatitis B-Viren an.⁷ In der Zeitschrift des Umweltschutzzentrums von Nairobi (Kenia), Ecoforum, wurde berichtet, dass die Choleraimpfung in den Ländern der Dritten Welt zur Verbreitung von Hepatitis beigetragen habe, da man mit mangelhaft sterilisierten Spritzen arbeitet, bzw. keine Einwegspritzen verwendet.

Die heute gängige Terminologie sowohl von der Hepatitis A als auch von der Hepatitis B wurde 1947 von Mac Callum verfasst.⁸ Er beschrieb damals, dass Hepatitis A auf dem fäkal-oralen Weg übertragen wird, mit einer Inkubationszeit von 2 bis 6 Wochen und in erster Linie eine Krankheit der Kinder ist. Im Gegensatz dazu wird Hepatitis B parenteral, d.h. durch Nadelstiche (tätowieren, etc.), Drogenkonsum, sowie durch Geschlechtsverkehr und während der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen. Die Inkubationszeit beträgt 45 bis 180 Tage, im Mittel etwa 60 bis 90 Tage. Die Immunität nach einer Hepatitis B-Erkrankung ist wahrscheinlich lebenslang.

Anfang der sechziger Jahre fanden Wissenschaftler bei einem australischen Aborigine, der an Leukämie erkrankt war, ein bisher unbekanntes Antigen. Sie nannten es „Australian Antigen“. Verschiedene Studien zeigten dann, dass dieses Antigen vor allem bei Menschen vorkam, die viele Bluttransfusionen und Blutprodukte erhalten hatten. Schliesslich stellte Blumberg fest, dass es sich um eine akute Hepatitis B handelte.⁹

Hepatitis B - die Gelbsucht

Hepatitis B ist eine Entzündung der Leber. Die Erkrankten fühlen sich unwohl, sind müde, lustlos, sie haben eine vergrösserte und druckschmerzhafte Leber, vermehrt Blutfarbstoff (Bilirubin) im Harn, im Stuhl und im Blut. Deshalb ist die Haut der Erkrankten gelblich, meist auch das Weiss der Augen. Typisch sind zudem der helle, farblose Stuhl oder der dunkle Urin.

Das Virus besteht aus einer Hülle (HBsAg), einem Innenkörper (HBcAg), sowie aus frühzeitig im Serum nachweisbaren abgesonderten Komponenten des Innenkörpers (HBeAg). Laut Aussagen des schweizerischen BAG kann das HBsAg schon Wochen vor dem Auftreten von Symptomen und noch Wochen bis Monate später im Serum nachgewiesen werden. Es persistiert bei chronischen Infektionen während mehr als sechs Monaten. Routinemässig kann das HBcAg im Blut nicht nachgewiesen werden. Diese Angaben bestätigen wiederum klar, dass ein Erreger nicht die Ursache, sondern vielmehr die Folge einer Krankheit ist. Wir werden nicht krank, weil wir mit einem Erreger, z.B. dem Hepatitis B - Virus, in Kontakt kommen, sondern durch die Veränderung unseres Körpermilieus (z.B. durch falsche Ernährung, Nikotin, Alkohol, also physische, sowie psychische Störungen) in Verbindung mit unseren Neigungen und Veranlagungen entsteht die Krankheit. Die Erreger, die ausschliesslich in der eigentlichen Heilungsphase auftreten, helfen dem Körper schliesslich beim „Aufräumen“. Sie sind nicht die Bösewichte, sondern im eigentlichen Sinne die Feuerwehr. Und wer würde die Feuerwehr nach getaner Arbeit der Brandstiftung bezichtigen wollen?

Der Verlauf einer Hepatitis B-Erkrankung ist von vielen Faktoren abhängig. Hier wären vor allem das Alter, Geschlecht und der Zu-

stand des Immunsystems zu nennen. Etwa 80 Prozent der Erkrankten erwerben eine Immunität, ohne augenscheinlich je krank gewesen zu sein oder mit nur leichten Beschwerden, die an eine Grippe erinnern. Hiervon betroffen sind vor allem Menschen, die im Krankenwesen beschäftigt sind.¹⁰ Bei knapp 20 Prozent der Erkrankten kommt es nicht zu einer Genesung, sondern die Krankheit wird chronisch. Hier von betroffen sind in der Regel die erkrankten Neugeborenen, bei ihnen geht man von 90 Prozent aus. Ein erhöhtes Risiko haben aber auch Drogenkonsumenten, Dialysepatienten und Nierentransplantierte. Obwohl hier vermutlich noch zur Diskussion steht, welcher der Faktoren schlussendlich als Ursache, bzw. Wirkung zu nennen wäre. Ein tödlicher Ausgang wird bei hospitalisierten Patienten in weniger als ein Prozent beobachtet.¹¹

Laut offiziellen Angaben werden in der Schweiz jährlich zwischen 200 und 500 neue Fälle von einer akuten Hepatitis B gemeldet. Der Altersgipfel der Erkrankung liegt zwischen 20 und 30 Jahren. In Deutschland gab es im Jahr 2001 3'848 Neuerkrankungen an akuter Hepatitis B.¹² Dreiviertel der chronisch Erkrankten haben eine völlig normale Lebenserwartung, lediglich der Rest, ein Viertel, erkrankt offensichtlich. Von diesen 1/4 wiederum führt die Krankheit bei 1/4 der Patienten zu chronischem Leberversagen, Zirrhose oder Leberkrebs. Hier wiederum spielen zusätzliche Faktoren wie Nikotin und Ernährung eine grosse Rolle.¹³ Für den europäischen Raum geht man von 900'000 bis 1 Million Neuinfektionen pro Jahr aus.¹⁴

Die Ärzte der Paracelsus -Klinik in der Schweiz (Lustmühle) raten dringend von dieser Impfung für alle Kinder ab. In einem Schreiben an ihre Patienten vom Juni 1999 heisst es: „Das Risiko einer schweren Hepatitis B oder C-Erkrankung ist für einen jugendlichen Menschen verschwindend klein und bei fachgerechter, aufbauender, biologischer Behandlung kann die Virusinfektion in den meisten Fällen ohne Spätfolgen ausgeheilt werden.“ Wir empfehlen die Behandlung bei einem klassischen Homöopathen.

Im Jahr 1970 fingen die Forscher Willowbrook und Krugman mit ihren Mitarbeitern mit der Herstellung einer Impfung gegen Hepatitis B an. Sie nahmen den an Hepatitis-Erkrankten Blut ab und erhitzten es für eine Minute, um das Virus inaktiv zu machen. Nach diesem

einminütigen Kochvorgang stellten sie fest, dass die Ansteckbarkeit nicht mehr vorhanden war, das Material jedoch sollte vor der Erkrankung schützen. Und schon war eine neue Impfung geboren, so einfach ist das! Der aufmerksame Leser wird sich wundern, auf was für „ausgefallene Produktionsmethoden“ unsere Wissenschaftler kommen! Denjenigen Lesern, die der Meinung sind, heute arbeite und forsche man seriöser und gänzlich anders, möchte ich diese Illusion auch nehmen. Man betrachte nur einmal die Produktionsmethoden, mit denen heute synthetische Vitamine hergestellt werden. Da vergeht einem der Appetit im wahrsten Sinne des Wortes. Diese neue und wunderbare Kreation der Hepatitis B-Impfung nannte man lange „plasma-derived-vaccine“.¹⁵ In der Folge wurde es dann immer offensichtlicher, dass diese Impfung kein Segen, sondern vielmehr ein riesengrosses Problem darstellte. Denn viele der so Geimpften erkrankten an Hepatitis B oder erlitten eine starke Immunschwäche, die wiederum diverse andere Krankheiten auslöste. 1982 wurde der erste Hepatitis B-Impfstoff auf Plasmabasis in Deutschland zugelassen. Er wurde aus Poolplasma, d.h. einem Mischplasma von verschiedenen Blutspendern hergestellt (im besonderen aus dem Blut von homosexuellen Männern, die Hepatitis B hatten). Zur Minimierung des Infektionsrisikos wurde der Impfstoff mehreren Inaktivierungsverfahren ausgesetzt. Immer wurde aber über eine mögliche HIV-Infektionsgefahr hypothetisiert.¹⁶

Einige Impfstoffe werden auch heute noch aus dem Plasma langfristiger Träger von Hepatitis B gewonnen. Ausserdem werden sie aus manchen Polypeptidkomponenten des Hepatitis B-Oberflächenantigens gewonnen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, das Hepatitis B-Oberflächenantigen von menschlichen hepatozellulären Karzinomen (d.h. Krebstumoren) abstammenden Zellen zu nehmen. Im Jahr 1986 gab die FDA in den USA der Firma Merck & Co. die Lizenz für den ersten rekombinanten Impfstoff. Dieser harmlos und nett anzuhörende Ausdruck bedeutet, dass es sich um einen gentechnisch hergestellten Impfstoff handelt. Bei der Herstellung werden Teile des Hepatitis B-Genoms entweder in Hefepilzen oder CHO (Chinese hamster ovary) Zellen integriert. In den meisten Ländern wird heute die gentechnische Variante des Impfstoffes verwen-

det, so auch in den deutschsprachigen Ländern. Die passive Impfung gegen Hepatitis B, d.h. die Immunglobuline gab es bereits vor der aktiven Impfung. Heute wird sie oftmals gleichzeitig mit der aktiven Impfung zusammen verabreicht.

Die offiziellen Impfempfehlungen

In der Schweiz wird die Hepatitis B-Impfung seit 1982 eingesetzt, aber erst im Januar 1998 wurde sie vom BAG zu den empfohlenen Impfungen dazu genommen. Sie wird Jugendlichen von 11-15 Jahren empfohlen und Risikogruppen. In Österreich wird seit dem 24.3.1997 empfohlen, alle Kinder ab dem 3. Lebensmonat zu impfen. Die Deutschen waren wie üblich die schnelleren und haben bereits im Oktober 1995 die Impfung aller Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat empfohlen, seit Juli 2001 ist das Impfalter auf den 2. Lebensmonat gesenkt worden. Zusätzlich werden im gesamten deutschsprachigen Raum seit Anfang/Mitte der neunziger Jahre alle Neugeborenen noch im Gebärzimmer (Kreisssaal) aktiv und passiv gleichzeitig gegen Hepatitis B geimpft, wenn entweder die Mutter an Hepatitis B erkrankt ist, oder aber aus irgendwelchen Gründen auch immer ein Hepatitis B-Test in der Schwangerschaft nicht erfolgte. In Österreich ist diese Impfung der Neugeborenen auf seltsame Art und Weise zustande gekommen. Zitat aus dem Protokoll der Sitzung des Impfausschusses des OSR vom 8.10.1998: „Herr Mutz erwähnte, dass entsprechend US-Empfehlungen bei solchen Neugeborenen ebenfalls das Hepatitis B-Immunisierungsprogramm in die Wege geleitet wird; eine Blutprobe der Mutter wird darüber hinaus zur Untersuchung eingesandt. Der Impfausschuss akzeptiert dies und empfiehlt eine gleichartige Vorgangsweise.“ Als betroffene Eltern hat man sicherlich eine andere Vorstellung davon gehabt, wie die Impfempfehlungen unserer Gesundheitsbehörden zustande kamen. Wobei hier keinesfalls auszuschliessen ist, dass in Deutschland und der Schweiz ähnliche „Verfahren“ gelten.

Auch Frühgeborene werden, unabhängig von ihrem Gewicht und chronologischen Alter mit der üblichen Dosis (!) geimpft.¹⁷ Wie bei allen fremden Antigenen, greift auch die Hepatitis B-Impfung die Leber eines Neugeborenen an, die dann 14 Tage oder länger nach der

Impfung gestört sein kann.¹⁸ Selbst vehemente Impfbefürworter geben zu, dass Frühgeborene nicht sehr gut auf die Impfung reagieren, daher sollte die Impfung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.¹⁹ Nichtsdestotrotz hält man bei uns starr an dem eingeschlagenen Weg fest. In den USA werden Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm nur dann sofort nach der Geburt geimpft, wenn angenommen wird, dass die Eltern zu einem späteren Zeitpunkt dem Kind eine Impfung verweigern würden.²⁰

Unlauterer Wettbewerb

Um die Eltern dazu zu bringen, ihre Kinder gegen Hepatitis B impfen zu lassen, geht man seltsame Wege. Noch seltsamer aber mutet es an, was man sich in Pharmakreisen alles einfallen lässt, um die Jugendlichen selber zu überzeugen, wie dringend nötig eine solche Impfung sei.

Anfangs 1999 wurde den Schulleitern in vielen deutschen Bundesländern dicke Post zugestellt. Sie wurden aufgefordert, sich an einem „Projekt zur Förderung der Akzeptanz der Impfung gegen Hepatitis B“ zu beteiligen. Mitgeschickt worden waren Poster, Broschüren für Eltern und Schüler, ein Leitfaden für die Lehrkräfte, eine Diasierie sowie diverse Videofilme. In diesem Material war übereinstimmend ein Satz unüberhörbar: Impfen schützt vor Hepatitis B. Zu all dem gab es noch einen Wettbewerb mit dem Namen „Take Care“. Die Schulen, in denen sich bis zum 30.6.99 mindestens 50 Prozent der Schüler gegen Hepatitis B oder A und B impfen liessen, nahmen an einer Verlosung teil. Zu gewinnen gab es Gratiskonzertkarten der „Kulturgrössen“ Guildo Horn, den Moffats und DJ Bobo. Als Eintrittskarte genügte der Impfausweis. Von dem was sich in der Folge abspielte, berichteten uns viele Eltern. Die Kinder, die sich nicht impfen lassen wollten, wurden von ihren Klassenkameraden immens unter Druck gesetzt. Oftmals sogar nicht nur von den anderen Schülern, sondern vom eigenen Lehrer. Es gab sogar Lehrer, die den Eltern Briefe schickten, damit auch von zuhause noch Druck auf die Schüler ausgeübt werden sollte. Als einige empörte und besorgte Eltern einschreiten wollten, mussten sie einsehen, dass diese Aktion höchstoffiziell abgesegnet war: Das bayrische Kultusministerium gab zu, die

Idee organisatorisch und logistisch zu unterstützen und in Nordrhein-Westfalen freute sich das Gesundheitsministerium über die „unentgeltliche Bereitstellung von entsprechenden Unterrichtsmaterialien“. Die Behörden halfen also ihrerseits mit und die Krankenkassen bezahlten die Impfungen. Wer aber hatte die Kampagne „Take Care“ bezahlt, bzw. organisiert? Kein Geringerer als SmithKline Beecham (heute GlaxoSmithKline), einer der Hersteller des Hepatitis B-Impfstoffes. Doch daran sei nichts auszusetzen, meinten die (bayrischen) Behörden, denn in diesem Fall sei das nicht Werbung, sondern Sponsoring!

In der Schweiz wurde auch mobil gemacht gegen Hepatitis B. Im Januar 1999 war in etwa zeitgleich in allen grösseren Tageszeitungen zu lesen, wie schrecklich und zahlreich diese Krankheit die eidgenössische Jugend heimsuche. Gleichzeitig lancierte das BAG am 18. Januar eine Kampagne unter dem Namen: „Lieber kurz rot als lange gelb“. Soll heissen: Ein bisschen Schmerz und eine leichte Rötung der Impfstelle sollten zur Verhinderung der Krankheit fuhren. Wie Vizedirektor Dr. Hartmann vom BAG sagte, sei diese Impfung nämlich „sehr sicher, schwere Nebenwirkungen sind äusserst selten“. Mit einem Videoclip und für Jugendliche entwickelten Informationsmaterial soll das „Wissensmanko der Jugend abgebaut und zur Impfung motiviert werden“. Die 11-15jährigen Schüler erhielten zudem ein Daumengummimonster mit Namen „Fred“ in einer Medikamentenschachtel mit einem Cartoon über Hepatitis. Die Innenseite diente als Anmeldeformular zur Impfung. Man will es den Schülern so bequem wie nur möglich machen. Trotz dieser allgemeinen Anstrengungen ergibt sich bei einer ein halbes Jahr später durchgeföhrten Umfrage, dass mehr als 40 Prozent der Schüler die Impfung ablehnen.²¹ In den Rudolf Steiner-Schulen der Schweiz (Waldorfschulen) wurde dieses Propagandamaterial nicht verteilt. Dort erhielten die Schüler zusammen mit einem Aufruf des Kantonsarztes zur Impfung ein Schreiben von der Schule an die Schüler und Eltern, dieser Impfung gegenüber skeptisch zu sein. Die Schule und der anthroposophische Schularzt rieten den Schülern nicht dazu, sich impfen zu lassen. Hier wird deutlich, dass die Schulen einen grossen Einfluss haben und nicht alles mitmachen müssen, was ihnen von den Behörden diktieren wird.

Zusammensetzung des Impfstoffes

Die heutigen Impfstoffe enthalten je nach Hersteller Aluminiumhydroxid, Formaldehyd, Thiomersal, Phenoxyethanol, Polysorbat 20, Salze, Thiocyanat, Benzoesäure, etc. Die heute bei uns im deutschsprachigen Raum verwendeten Impfstoffe sind gentechnisch hergestellt. Bei ihnen handelt es sich um rekombinante DNS-Impfstoffe, in denen laut Angaben des Herstellers ein Oberflächenantigen des Hepatitis B-Virus enthalten ist. Bei diesem Antigen handelt es sich um das Eiweiss der Virushülle. Der Impfstoff wird aus genmanipulierten Hefepilzzellen gewonnen. Diese übertragen das Oberflächenantigen des Hepatitis B-Virus. Oder anders ausgedrückt: Der Gensatz für die Bildung des Eiweißes der Virushülle wird in die Hefepilze übertragen. So gewonnene Antigene werden anschliessend gereinigt und mit den anderen Inhaltsstoffen gemischt.²²

Nebenwirkungen der Impfung

Die Hepatitis B-Impfung dürfte nebst der Grippeimpfung die meisten Nebenwirkungen aufzuweisen haben. Dokumentiert sind: Gelbsuchtähnliche Erkrankung, Kopfschmerzen, leichtes Fieber, Schmerz, Rötung, Schwellung, Verhärtung und gelegentlich Bauchschmerzen (Leber!) sind üblich. Dazu kommen Müdigkeit bis hin zu einer chronischen Müdigkeit (CFS), Abgeschlagenheit, hohes Fieber, Unwohlsein, grippeähnliche Symptome, Schüttelfrost, Schwindel, Paräthesien (Kribbeln oder Taubheitsgefühle), Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, erhöhte Leberenzymwerte, Myalgie (Muskelschmerzen), Arthralgie (Gelenkschmerzen), Ausschlag, anaphylaktischer Schock, plötzlicher Kräfteverlust, zu niedriger Blutdruck, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (GBS), Myelitis (Rückenmarksentzündung), Nervenentzündungen, bronchospasmusähnliche Symptome, Entzündung kleinerer Arterien und Venen, Thrombozytopenie (Störung der Blutplättchenfunktion), Lymphadenopathie (Erkrankung der Lymphknoten), Multiple Sklerose, usw. Ca. ein Prozent der Geimpften reagiert für einige Tage bis Wochen mit Gelenkschmerzen. In Deutschland schätzt man, dass bei der momentanen Impfrate pro Jahr zwischen 40 und 200 schwere neurologische Erkrankungen nach der Hepatitis B-Impfung auftreten²³ In den

USA gingen allein von Januar 1996 bis Mai 1997 18'000 Meldungen über Nebenwirkungen nach dieser Impfung ein, darunter 54 Fälle von plötzlichem Kindstod²⁴. Diese Zahl ist eigentlich noch viel grösser, wenn man weiss, dass in den USA Meldungen über Nebenwirkungen nur in den ersten fünf Tagen nach der Impfung berücksichtigt werden. In den USA hat 1999 die „Central District School Nurse Association“ eine Eingabe an den amerikanischen Kongress gerichtet, mit der Bitte, diese Impfung einzustellen, bis endlich Klarheit über die Nebenwirkungen herrsche. Diese Organisation ist vergleichbar mit unserem Schulärzteverband in der Schweiz. Sie schreiben in ihrer Eingabe, dass in den letzten 3 bis 4 Jahren die Schulkinder zunehmend kränker sind in den USA. Sie leiden vermehrt unter Lernschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und chronischen Krankheiten wie Diabetes, Asthma, etc. Als sie sich bei den Herstellern nach den Langzeit-Nebenwirkungen erkundigten, hiess es nur lakonisch, man registriere nur Beschwerden nach vier Tagen (GlaxoSmithKline) bzw. fünf Tagen (Merck) nach der Impfung. Beide Hersteller konnten ihnen keine Langzeitstudien, die über diese wenigen Tagen nach der Impfung hinaus gingen, zeigen. Der Verband kritisierte, dass alle diese neurologischen Probleme oder Autoimmunerkrankungen Wochen oder Monate benötigen, um sich im Organismus bemerkbar zu machen. Das CDC (Centers for Disease Control) gab offen zu, dass sie vom Hersteller auch nicht mehr Unterlagen besässen und vor allem auch keinerlei Angaben über die Dauer des „Impfschutzes“. Der Verband betonte, dass 1950, vor Einsetzen der Massenimpfung, die USA die dritt niedrigste Kindersterblichkeitsrate in der Welt hatten. 1986 lagen sie bereits auf dem 17. Platz, 1955 auf dem 23., und 1999 auf dem 24. Platz. Die Zahl der kranken Schulkinder in ihrer Behandlung sei in nur vier Jahren um 300 Prozent gestiegen. Für diesen Zustand machten sie ganz klar die Hepatitis B-Impfung verantwortlich.²⁵

Der englische Arzt Dr. Charles Shepherd hat selber Untersuchungen bei seinen Patienten in die Wege geleitet. Nach jahrelangen akribischen Arbeiten kommt er zum Schluss, dass vor allem die Impfungen gegen Tetanus, Typhus, Grippe und Hepatitis B diejenigen sind, die am häufigsten das Chronic Fatigue Syndrom (CFS, chronisches

Müdigkeitssyndrom) auslösen. Allein 1/3 seiner Fälle entwickelten die Krankheit nach einer Hepatitis B-Impfung. Ebenfalls berichtet er von schweren Gelenkschmerzen in etwa 20 Prozent seiner Patienten. Fünf Prozent seien neurologische Komplikationen, so sein Resultat²⁶. Es gibt noch mehr Studien, die einen Zusammenhang zwischen CFS und der Hepatitis B-Impfung aufzeigen.^{27,28}

Die Schweizer Ärztearbeitsgruppe für differenzierte Impfungen schreibt: „Wenn man das under-reporting von Impfkomplikationen (prozentueller Faktor) einbezieht und aufgrund der verfügbaren Daten vorsichtig schätzt, muss man damit rechnen, dass es mit der generellen Hepatitis B-Impfung jährlich zu 5 bis 20 schweren neurologischen Komplikationen und zu 3 bis 10 zusätzlichen Fällen von jugendlichem Diabetes kommt“.²⁹ Bereits 1988 erwähnt Shaw, dass von neurologischen Schäden nach dieser Impfung von 1:20'000 auszugehen ist. Bei einem under-reporting um den Faktor 5 ergibt dies eine Häufigkeit von 1:4000.³⁰

Neuseeland war eines der ersten Länder, das 1988 ein allgemeingültiges Hepatitis B-Impfprogramm für Neugeborene aufnahm. Von 1982 bis 1988, also in den Jahren vor dem Impfprogramm, bekamen von 100'000 neuseeländischen Kindern jährlich 11,2 Kinder einen juvenilen Diabetes. Nach Beginn der Impfkampagne stieg die Anzahl diabeteskranker Kinder auf 18,2 Fälle von 1'000'000 Kinder pro Jahr.³¹ Die CDC in den USA deuten mit ihren Daten ebenfalls auf einen Zusammenhang hin. Zwei Monate nach der Impfung hatte sich das Risiko der geimpften Kinder für Diabetes fast verdoppelt.^{32,33} Dr. Beljanski schreibt: „Alle Impfstoffe gegen Virus Hepatitis B enthalten Enzyme, von denen einige eine Abweichung der Chromosomen in den Zellen (welche die genetischen Informationen enthalten) bewirken können. Andere Enzyme in diesem Impfstoff können wiederum die Übertragung der genetischen Informationen fragwürdig machen. Diese Mutationen stellen auf Mittel- bis Langzeit ein Krebsrisiko dar.“³⁴ In den USA wurden von 1991-1994 der VAERS 12'520 schwere Schäden nach der Hepatitis B-Impfung gemeldet, davon betrafen 14 Prozent Neugeborene und Säuglinge. Bis zum Jahr 2000 kamen weitere 25'000 Fälle dazu. Davon waren 440 Todesfälle und 180 plötzliche Kindstode. Dr. Jane Orient, Präsidentin des amerikanischen

schen Ärzte- und Chirurgenverbandes sagte, dass Kinder die jünger als 14 Jahre sind, ein dreifach erhöhtes Risiko haben, nach einer Hepatitis B-Impfung zu sterben oder an einer anderen schweren Nebenwirkung zu erkranken, als die Krankheit selber zu bekommen.³⁵ Sie beklagte ebenfalls, dass es keine einzige Langzeitstudie zu dieser Impfung gebe. Im Jahr 2000 beauftragten das CDC und das NIH (National Institute of Health) in den USA das IOM (Institute of Medicine), eine Untersuchung über die Sicherheit von Impfstoffen in die Wege zu leiten. Im Mai 2002 veröffentlichte das IOM seine Daten, wobei es wortwörtlich heisst: „ . . . dass die Hepatitis B-Impfung demyelinisierende neurologische Schäden verursacht, vor allem Multiple Sklerose und GBS“. Im *Lancet* war ein Bericht zu lesen, in dem von zwei Fällen von einer Entmyelinisierung des Zentralnervensystems nach einem gentechnisch hergestellten Hepatitis B-Impfstoff die Rede war. — 1993, also vor Einführung der Hepatitis B-Impfung als Massenimpfung wurden sehr viele Fälle von Nebenwirkungen an das PEI in Deutschland gemeldet, unter anderem Krampfanfälle, Nervenschäden, Gehirnhaut- oder Gehirnentzündungen und mehrere Todesfälle.³⁷ Pro Monat werden in den USA mehr als drei Fälle von SIDS (plötzlichem Kindstod) nach der Hepatitis B-Impfung gemeldet, das sind zwanzigmal mehr als offiziell veröffentlicht werden.³⁸

Immer wieder wird auch über akute, allergische Reaktionen auf Bestandteile des Impfstoffes berichtet. Sie reichen von leichten Beschwerden bis Nesselfieber, akutem Asthma bronchiale oder aber lebensbedrohlichem allergischem Schock.³⁹ Italienische Forscher fanden heraus, dass drei von 1000 geimpften Zwölfjährigen eine Multiple Sklerose entwickeln. Sie empfehlen aber weiterhin diese Impfung!⁴⁰ Viele Studien sind in der Zwischenzeit gemacht worden, die einen Zusammenhang zwischen der Hepatitis B-Impfung und einer MS widerlegen sollen. Doch hier wird nicht zugegeben, dass bei den Studien bei den Ungeimpften ein ganzer Jahrgang in die Untersuchung mit eingeschlossen wird, bei den Geimpften hingegen nur die fünf Wochen nach der Impfung.⁴¹ Von Haarausfall wird ebenfalls berichtet nach dieser Impfung⁴² sowie auch von diversen Hauterkrankungen.⁴³ Eine sehr häufige Nebenwirkung ist die Gelenkentzündung (Arthritis), selbst U. Quast spricht von bis zu 1 Prozent aller

Geimpften. Die Beschwerden treten meist nicht direkt, sondern innerhalb zwei Wochen nach der Impfung auf. Sie können sowohl akut als auch chronisch verlaufen. Vor allem wenn bestimmte Veranlagungen vorhanden sind, kann der Hepatitis B-Impfstoff eine chronisch-rheumatische Erkrankung hervorrufen.⁴⁴ Eine Entzündung des Sehnervs ist eine bekannte Nebenwirkung der Hepatitis B-Impfung.⁴⁵ Sehstörungen bis hin zur Erblindung sind in Deutschland bei einem zweijährigen Mädchen und einem einjährigen Jungen beschrieben worden. Dazu kommen noch Fälle von Erblindung durch einen Verschluss der Zentralvene des Auges.⁴⁶ Ebenfalls bekannt sind Entzündungen der Regenbogenhaut und Sehverlust mit auffälligem Blutbild nach der Impfung. Hörstörungen kommen auch vor.⁴⁷

Wer die Liste dieser Nebenwirkungen liest, erschrickt. Speziell die Hepatitis B-Impfstoffe sind hochgradig immunogene Präparate. Warum ausgerechnet sie derart viele Nebenwirkungen hat, dafür gibt es etliche Erklärungen. Wenn eine bereits bestehende, genetisch bedingte Anfälligkeit besteht, d.h. wenn eine Veranlagung oder Neigung zu bestimmten Krankheiten besteht, dann kann nach einer Antigenstimulierung mit dem Hepatitis B-Virus das Ganze in einen pathologischen Prozess münden, der möglicherweise die Bildung von Immunkomplexen einschließt und dann zu einer klinischen Erkrankung führt. Natürlich kann es auch zu einer Überempfindlichkeitsreaktion auf einen der Bestandteile des Impfstoffes kommen, wie z.B. das Aluminiumhydroxid. Dieser Stoff kann sich bei intramuskulärer Verabreichung im Lymphsystem festsetzen, die Lymphbahn verstopfen und Granulome bilden. Bekannt, aber in seinem Mechanismus nicht geklärt ist auch die Aluminiumablagerung im Gehirn im Zusammenhang mit Alzheimer-Patienten. Zudem sind noch eine Reihe anderer Substanzen im Hepatitis B-Impfstoff enthalten. Ihre Konzentrationen sind aber so gering, dass sie laut Gesetz nicht deklarationspflichtig sind, aber dennoch ihre spezifischen Wirkungen ausüben.

Nebenwirkungen werden heute bei dieser Impfung, wie bereits oben erwähnt, lediglich in einem ganz kurzen Zeitraum, von nur wenigen Tagen nach der Injektion, berücksichtigt und anerkannt. Und dies, obwohl man selbst im RKI zugibt, dass „ein wichtiges Merkmal einer Schutzwirkung abgeschwächter Lebendviren ist ihre relativ

langsame Entwicklung. Erst nach 8-12 Monaten sind Schutzmechanismen stabil genug, um die Injektion mit einer pathogenen Virusvariante zu verhindern.⁴⁸ Dies bedeutet, dass also auch mit den Nebenwirkungen noch mindestens 8 bis 12 Monate nach einer Impfung zu rechnen ist. Den Patienten gegenüber werden sämtliche Nebenwirkungen ständig verharmlost. Der Schulärztliche Dienst des Kantons Zürich schreibt an die Schüler, schwere Nebenwirkungen seien „sehr selten“ Welche Nebenwirkungen gemeint sind, verschweigt er. Dr. Daniel Frey, Präsident der Schulärzte im Kanton Zürich hat damit keine Probleme: "Wir würden ja unser eigenes Ziel gefährden, wenn wir das in die Infoblätter schreiben."⁴⁹ Impfen um jeden Preis ist also wichtiger als eine Aufklärung über die möglichen Nebenwirkungen. Von vielen Schweizer Ärzten wird zurecht die Zahl der 40 bis 80 Hepatitis B-Todesfälle in der Schweiz angezweifelt. Sie bezeichnen sie als Modellrechnung. Hier stimmt sogar Dr. Raoul Kammerlander vom BAG zu. Er gibt zu bedenken, dass man tatsächlich nicht weiß, ob das tödliche Leberversagen eine Folge von Hepatitis B, C oder auch nur von Alkoholmissbrauch ist. Im Jahr 1996 sind eindeutig auf

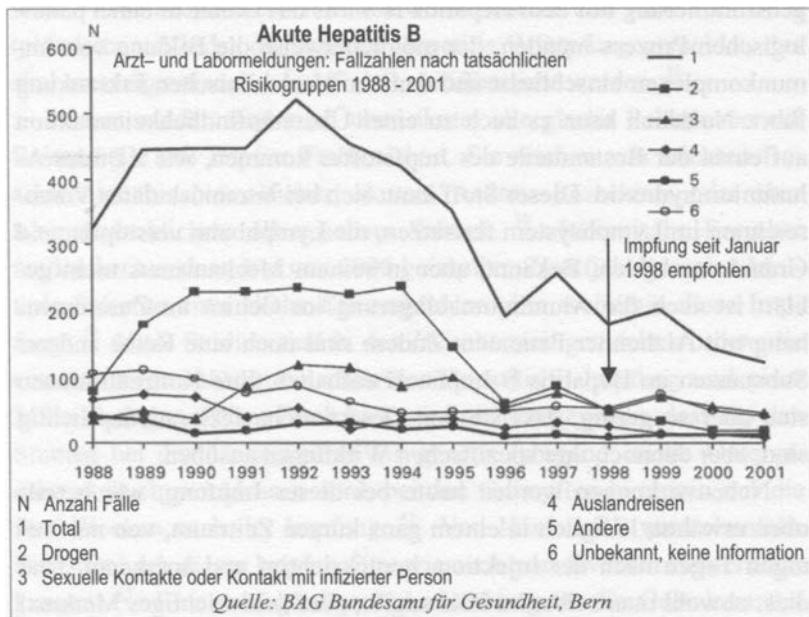


Bild 05

eine akute oder chronische Hepatitis B neun Todesfälle zurückzuführen.⁵⁰ Trotzdem werden die Kampagnen, die Angst unter der Bevölkerung schüren, weitergeführt. Und die nicht informierten Eltern und auch Jugendliche sind ihnen schutzlos ausgeliefert. In Österreich wurde die ersten Jahre nach Aufnahme der Hepatitis B-Impfung in die Liste der empfohlenen Impfungen mit dem Slogan: „Die erste Impfung gegen Leberkrebs“ geworben, bzw. Angst verbreitet. Wer möchte sich schon nicht gegen Krebs schützen wollen?

Frankreich stellt die Impfung ein

In Frankreich wurde am 1.10.1998 die Hepatitis B-Impfung an den Schulen für alle Jugendlichen eingestellt, nachdem es zu einem gehäuften Auftreten von Multiple Sklerose unter den Schulkindern gekommen war. Bernhard Kouchner, der damalige franz. Gesundheitsminister stoppte daraufhin diese Impfung an den Schulen. Die WHO zeigte sich sehr empört über diesen Schritt und warf Kouchner vor, dass die „Erregung der Öffentlichkeit und der enorme Druck der Impfgegner“ diesen Schritt erzwungen hätten. Verschwiegen haben sie allerdings, dass bereits vorher nicht nur Proteste aus der Öffentlichkeit, sondern auch Gerichtsurteile vorausgegangen waren. In Nanterre bei Paris hatte das Gericht SmithKline Beecham (SKB) im Juni 1998 verurteilt, Schadenersatz an zwei Frauen zu zahlen, die wenige Monate nach der Hepatitis B-Impfung an MS erkrankt waren. Ende 1998 liefen bereits über 50 Schadenersatzprozesse in Frankreich und auch in Belgien gegen SKB.

Dr. Marc Girard wurde von der Richterin Marie-Odile Bertella-Geffroy beauftragt, einen Bericht über die Nebenwirkungen dieser Impfung in Frankreich zu erstellen. In seinem Bericht steht, dass den Gesundheitsbehörden offiziell bekannt sei, dass mehr als 900 Fälle von MS nach dieser Impfung von 1994 (als die Impfung in den Impfplan aufgenommen wurde) bis 2002 gemeldet wurden. Das französische Gesundheitsamt hält in einer Aktennotiz vom 15.2.2002 fest, dass die Hepatitis B-Impfkampagne die allermeisten Nebenwirkungen gezeigt hatte, die je seit der Gründung des Gesundheitssicherheitsausschusses 1974 gemeldet worden sind. Dr. Girard hält fest, dass die meisten Ärzte sich sehr wohl der Nebenwirkungen bewusst

waren, sie jedoch nicht weiterverfolgt haben, weil sie die Impfkampagne nicht stören wollten (!). Er wirft der Gesundheitsbehörde eine intensive Kollaboration mit dem Impfstoffhersteller vor. In diesem Zusammenhang spricht er von einem Interessenkonflikt, denn die Hersteller hätten die Gefährlichkeit der Krankheit massiv übertrieben, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu wecken. Alle Studien, um einen Zusammenhang zwischen der Impfung und der Krankheit MS zu klären, seien zudem von der Pharma finanziert worden.⁵¹

Bereits 1996 hatte der französische Staat die ersten Hepatitis B-Impfopfer finanziell entschädigt. Allerdings lief alles unter grosser Verschwiegenheit ab, um die Öffentlichkeit nicht aufmerksam zu machen. Die Zeitung „Le Parisien“ veröffentlichte am 2.10.1998 ein Dokument der Generaldirektion für das Gesundheitswesen, datiert vom 15.1.1996, das geheim gehalten worden war. Es ging darin um einen von Vizedirektor Francois Vareille unterzeichneten Brief, in dem vorgeschlagen wurde, einem Impfopfer FF 100000 als Entschädigung auszuzahlen, und zwar unter der Bedingung, dass danach auf einen Prozess verzichtet wurde. Wie die Zeitung weiter berichtete, sind noch mindestens vier weitere Geschädigte in aller Stille ausbezahlt worden. Gleichzeitig lief im ganzen Land eine grosse Werbung für die Hepatitis B-Impfung. Viele Fälle von MS wurden in der Neurologieabteilung des Spitals „La Salpêtrière“ in Paris behandelt. Die einzigen die davon wussten, waren die Gesundheitsbehörden. Man wollte „das Problem nicht öffentlich machen, bevor eine Abhandlung in einer Medizinzeitschrift erschienen ist“.⁵² Bernhard Kouchner erklärte im März 1998, er werde diese Impfung für die Jugendlichen von 11 bis 15 Jahren nicht wieder einführen. Daraufhin wurde er, vermutlich auf Drängen der WHO, als Kosovo-Beauftragter der UNO „strafversetzt“.

In der Schweiz geschah nichts, obwohl wir hier den gleichen Impfstoff wie die Franzosen benutzen (die Österreicher und Deutschen übrigens auch!). Auf Druck der Ärzteschaft hat dann das BAG schliesslich gemeinsam mit der schweizerischen MS-Gesellschaft eine Stellungnahme abgegeben, in der es heisst: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehen keine wissenschaftlichen Studien, die einen kausalen Zusammenhang zwischen der Hepatitis B-Impfung und MS zu

belegen vermöchten. Die noch laufenden Studien ergeben bisher keine neuen Elemente, die eine Änderung der Impfempfehlungen rechtfertigen würde." Und so wartet also unser BAG immer noch auf „neue Elemente“, derweil die Zahl der MS-Kranken auch in der Schweiz stetig steigt. Es ist ein blander Hohn, die Geschädigten zu ignorieren, und auf Studien zu warten, wo jeder weiß, dass sie aus der Hand der Impfstoff-Hersteller kommen. Frankreich hat die Hepatitis B-Impfung bis und mit heute an den Schulkindern nicht wieder eingeführt.

Der Fall von Krems

Am 20. November 2002 geschahen bei einer routinemässigen Hepatitis B-Impfung in der Hauptschule in Krems (A) nach Worten des Amtsarztes Dr. D. Pichler unerklärliche Dinge. Die nach seinen Worten „gut verträgliche und nie Probleme bereitende Impfung“ brachte am gleichen Vormittag 13 Mädchen ins Spital, am Nachmittag wurden nochmals drei Buben und am folgenden Tag in der Früh ein vierter Bub eingeliefert. Das ganze Szenario der darauf folgenden Erklärungen von den befragten „Experten“ grenzt an eine nicht zu überbietende Lächerlichkeit und Ignoranz. Dr. Mutz, Vorsteher der Impfkommission: „Ich kann mir das gar nicht erklären.“⁵³ Für Primarius A. Zaumschirm vom Kremser Spital handelte es sich gar um ein „Mysteriosum“. Amtsarzt Pichler schliesslich krönt die Begebenheit mit dem Kommentar, er habe bisher noch „von keinerlei Nebenwirkungen gehört.“

Die Kinder hatten einen Kollaps, litten an Kopf- und Bauchschmerzen, Schüttelfrost, Hitzegefühl und Erbrechen. Hochlagern der Beine und Kreislauftropfen brachten keine Wirkung. Der Direktor der Schule, H. Schreiber: „Als der Amtsarzt gesehen hat, dass das seine Kraft übersteigt, hat er Rettung und Notarzt gerufen.“ Mit fünf Fahrzeugen, einem Notarzt und 11 Sanitätern wurden die Kinder behandelt, bzw. ins Spital gebracht. Bis Freitagnachmittag waren alle Kinder wieder zuhause.

Tausende von Schülern waren in Österreich mit dieser Charge Impfstoff, der im Frühjahr 2002 in einer Auflage von 147'000 Impfungen freigegeben worden war, geimpft worden. Es handelte sich

um den Impfstoff Engerix P von GlaxoSmithKline. Wie üblich, war ein Sprecher des Herstellers nach dieser Begebenheit nicht zu erreichen!

Wie wirksam ist die Hepatitis B-Impfung?

Dass diese Impfung „wirkt“, haben wir bereits gesehen. Nur stellt man sich als Betroffener unter der Wirkung eines Impfstoffes doch wohl eher einen „Schutz“ vor. Wie steht es nun damit bei der Hepatitis B-Impfung? Von offizieller Seite wird uns immer mathematisch genau vorgerechnet, wie viele Menschen seit Einführung der Impfung vor dieser Krankheit geschützt sind, wie viele Todesfälle vermieden worden sind, bzw. wie sehr unsere Krankenkassen durch diese Impfung entlastet werden. Doch stimmen diese Zahlen auch wirklich? Eine Studie aus den USA zeigt, dass nach den ersten sechs Jahren nach Einführung des Impfstoffes kein signifikanter Rückgang der Neuerkrankungen verzeichnet wurde.⁵⁴

„Der Meinung britischer Epidemiologen zufolge lässt sich 14 Jahre nach Einführung des Hepatitis B-Impfstoffes über Erfolg oder Misserfolg der gezielten Immunisierung noch gar nicht urteilen“, so

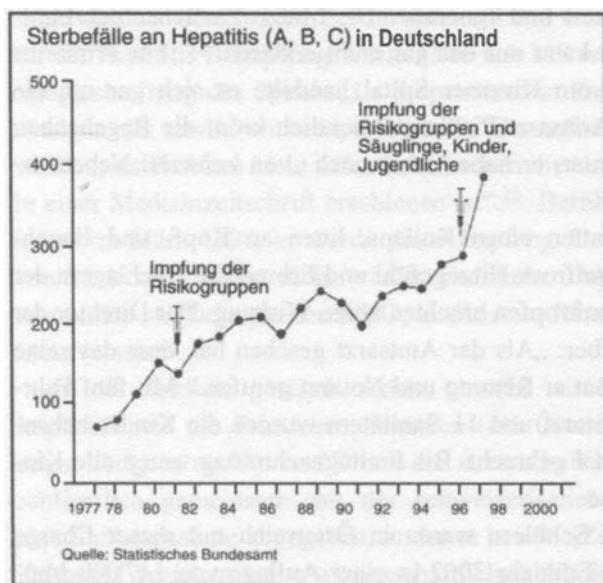


Bild 06

das arzneitelegramm im März 1997. In der Schweiz haben der Nobelpreisträger Prof. Rolf Zinkernagel und seine Mitarbeiter überraschend bei Impfversuchen festgestellt, dass gentechnisch hergestellte Impfstoffe im Gegen-

satz zu den herkömmlich hergestellten Impfstoffen das Gleichgewicht zwischen Immunabwehr und Virus derart ungünstig beeinflussen, dass die Krankheit nach der Impfung verstärkt anstatt abgeschwächt wird.⁵⁵ Die Impfung begünstigt also direkt die Krankheit, anstelle sie zu verhindern!

In England hat Dr. Freed mit seinen Mitarbeitern eine Studie im New England Journal of Medicine veröffentlicht, in der er ebenfalls belegt, dass in seiner Studie die gegen Hepatitis B geimpften anfälliger für die Krankheit waren als die ungeimpften. Für Deutschland veröffentlichte das Statistische Bundesamt die Sterbefälle an Hepatitis A, B und C (von 1977-2000). Leider sind sie darin nicht nach den einzelnen Hepatiden aufgeschlüsselt. Da aber die A und C-Formen meist mild verlaufen, kann angenommen werden, dass die Rubrik Rückschlüsse zulässt. Die Graphik auf Seite 140 zeigt einen langsamem Anstieg der Todesfälle seit Einsetzen der Impfungen der Risikogruppen und einen steilen Anstieg seit Einsetzen der allgemeinen Impfung.

Die Mutanten

Erwähnen sollte man in diesem Zusammenhang auch die sogenannten Mutanten. Unsere Wissenschaft geht noch immer davon aus, dass ein Virus ein unabänderliches Wesen ist. So lehrt man es seit Pasteur und Koch, den beiden Ikonen der Erreger-Theorie. Viren so wie auch Bakterien verändern sich aber ständig. Die Wissenschaft hat nun zu ihrem Entsetzen festgestellt, dass das Hepatitis B-Virus doch wandelbarer ist, als man früher vermutete. Es gibt viele Beispiele über die Mutation dieses Virus. In diesem Fall, so geben zähneknirschend selbst die Impfstoffhersteller zu, „schütze“ ihr Impfstoff die Geimpften nicht.⁵⁶

Neueste Untersuchungen haben gezeigt, dass die Antikörper keine bedeutende Rolle bei der Hepatitis B-Infektion spielen. Für die Ausscheidung von Viren aus den Leberzellen ist eine sofortige, wirksame und breit angelegte Zellreaktion nötig und nicht eine Antikörper-Immunreaktion, so wie bisher angenommen. Die Immunreaktion führt zu einer chronischen Anwesenheit der Viren in den Leberzellen, da sie der Organismus nicht restlos ausscheiden kann. Und hier liegt

das Problem: Die Impfungen schwächen die Zellreaktion. Gerade sie aber ist wichtig für die Überwindung der Krankheit.⁵⁷ Bereits 1982 kamen Forscher nach einer sero-epidemiologischen Untersuchung von 624 Angehörigen von Gesundheitsberufen zu der Erkenntnis, dass in den Fällen, in denen diese Personen Hepatitis B ständig, aber nicht sehr intensiv ausgesetzt sind, die Betreffenden ganz natürlich durch das Hepatitis B-Oberflächenantigen immunisiert werden und keine Hepatitis B bekommen.⁵⁸

Die undankbaren Non-Responder

Viele Menschen zeigen auf die Impfung gegen Hepatitis B keine Reaktion, d.h. es werden im nachfolgenden Antikörpertest keine oder zu wenige Antikörper gefunden. Wobei hier anzumerken ist, dass vorhandene Antikörper absolut nichts über einen Schutz vor der Krankheit aussagen. Sie zeigen lediglich an, dass der Organismus Kontakt zu einem Antigen, einer Mikrobe hatte. Doch in der gängigen Medizin hält man hartnäckig an der Theorie fest, dass Antikörper mit Schutz gleichzusetzen seien. Und dass Antikörper im Fall einer Hepatitis keinesfalls schützen, haben wir weiter oben bereits gesehen.

Bei der Hepatitis B-Impfung impfte man dann eine Weile diese Menschen gleichzeitig mit Hepatitis A, um die Wirkung angeblich zu verstärken. Doch die Wissenschaft wurde enttäuscht. Auch intradermale (in die Haut) Injektionen schlugen fehl. So kam man also auf die glorreiche Idee, die Patienten solange zu impfen, bis sie schliesslich eine Reaktion zeigen würden. Prof. Jilg von der Universität Regensburg (D) berichtete, dass man die Probanden mehr als zehnmal impfte, ein besonders dickfelliger reagierte erst nach der 13. Spritze. Am 4. Tübinger Tag der Reisemedizin (2001) antwortete Prof. Jilg auf die Frage, ob man zwei Ampullen auf einmal geben könnte, mit der Antwort: „Das können Sie machen.“ Zwei Studien, so seine Aussage hätten den Effekt der Doppeldosis nachgewiesen.

Uns ist der Fall einer Patientin bekannt, die innerhalb kürzester Zeit 21 Hepatitis B-Impfungen verabreicht bekam, weil sie auch zu den sogenannten non-respondern gehörte. Sie war damals eine erfolgreiche Geschäftsfrau und leidet heute unter einem chronischen Müdigkeitssyndrom (CFS), Gehirntumor, Haarausfall, Gedächtnisver-

lust, Depressionen, Pilzkrankheiten, Brustkrebs, um nur die wichtigsten zu nennen. Wie kann man nur derart ignorant gegenüber unleugbaren Tatsachen sein? Was muss noch alles geschehen, damit endlich ein Umdenken in den medizinischen Kreisen stattfindet?

In Österreich wird derzeit ein neuer Impfstoff gegen Hepatitis B in einer Studie geprüft, der speziell für die Non-Responder konzipiert ist. Prof. Kollaritsch, Österreichs fleissiger Impfer, sucht noch Versuchskaninchen: „Schicken Sie uns alle Patienten, von denen Sie glauben, dass es sich um Non- oder Slow-Responder handelt. Auch wenn Sie selber in diese Kategorie fallen, sind Sie willkommen," so sein Aufruf an alle Kollegen. Die Studie startete Anfangs August 2002 und sie soll aus 450 Probanden bestehen. Als Aufwandsentschädigung erhält jeder Proband für jeden Studientermin 25 Euro (also insgesamt 75-100 Euro). Der Impfstoff sei bereits in Israel, Ostasien und Polen getestet worden und es wurden „keine negativen Begleiterscheinungen beobachtet." Jetzt sind also die Österreicher dran!

Auch in der Schweiz fand im Januar und Februar 2003 im Kantonsspital Basel auf der Abteilung für Gastroenterologie eine Impfstudie mit einem neuen Hepatitis B-Impfstoff der dritten Generation statt. Bisher wurden damit Personen geimpft, die noch nie vorher eine Hepatitis B-Impfung erhalten hatten. Jetzt sollte noch geprüft werden, ob damit auch Personen „geschützt" werden können, die auf die herkömmlichen Hepatitis B-Impfstoffe gar nicht oder nicht ausreichend angesprochen haben. Unter dem Medizinalpersonal fand ein Aufruf zur Teilnahme an dieser Studie statt.⁵⁹

Bill Gates und seine Spende

Bill Gates, der Mann der nicht nur an Computer, sondern auch an die Armen, Kranken und Bedürftigen dieser Welt denkt, spendet immer wieder Geld, vor allem um Impfungen in den Dritt-Welt-Ländern zu forcieren. So hat seine Stiftung, die Bill und Melinda Gates Foundation auch eine beträchtliche Summe nach Indien gespendet, um den dortigen Kindern viel Leid durch eine Hepatitis B-Erkrankung zu ersparen, indem sie geimpft werden sollten. Die Inder haben die Spende freudig und dankend in Empfang genommen und leiden jetzt unter ihren Folgen! Mit seiner Bemerkung „Die Hepatitis

B-Kampagne ist eine Farce und unnötig," rennt Dr. Rao, Präsident der PEEM (People for Economical and Effective Medicare) offene Türen ein. Auf einer Pressekonferenz vom 12. November 2002 macht er Bill Gates persönlich für die schweren Nebenwirkungen verantwortlich. Er verlangt vom indischen Staat, dass die Bill Gates-Stiftung die Kosten der Behandlungen der Kinder übernehmen soll, die durch die Impfung geschädigt wurden. Er appellierte ausserdem an die Eltern selber, von der Stiftung einen Schadenersatz zu fordern. Die PEEM beschuldigte Bill Gates, seine Stiftung und die indische Regierung, die Kinder als Versuchskaninchen zu missbrauchen. Dr. Rao erwähnte ebenfalls, dass in den USA viele Ärzte sich dagegen wehren, alle Neugeborenen gegen Hepatitis B zu impfen.

Die etwas „andere Spende“

Unter einer Spende versteht man eine Gabe, die man, ohne eine Gegenleistung zu verlangen, grossherzig gibt. Doch nicht alle interpretieren dieses Wort so. In der Regel kommen immer Zweifel an der Redlichkeit des Spenders auf, wenn man seine Identität erfährt. So auch bei einer 100-Millionen-Dollar-Impfstoffspende, die Präsident Clinton im Frühjahr 2000 erhielt. Der Spender war Raymond V. Gilmartin, seines Zeichens Vorstandsvorsitzender der Firma Merck. Und was spendete Merck so offenherzig Präsident Clinton? Eine Million Dosen ihres Hepatitis B-Impfstoffes (RECOMBIVAX HB) pro Jahr, fünf Jahre lang! Diese grosszügige Spende sei, so Gilmartin, ein Ausdruck der Unterstützung der Firma Merck für die Initiative des Präsidenten sowie der Mission der Globalen Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI), einer neuen im Februar 2000 von der WHO, der Weltbank, der UNICEF und der Gates Stiftung gegründeten Partnerschaft. Mit diesem Impfstoff sollten in den Entwicklungsländern die Kinder gegen Hepatitis B „geschützt“ werden.⁶⁰ Dass es sich hierbei in keiner Weise um eine humane Geste handelt, dürfte dem grössten Laien ersichtlich sein. Mit dieser „Spende“ wird auch kein schlechtes Gewissen beruhigt. Sondern hier wird ganz gezielt Impfstoff verteilt und eingesetzt, um die Reaktionen zu beobachten. Solche Vorgehen laufen dann unter dem netten und harmlos klingenden Begriff „klinische Studien“. Was anderes als Menschenversuche sind

diese Spenden? Wie ehrbar solche Spenden sind, sieht man auch in Italien: Im Oktober 1997 ist der ehemalige Gesundheitsminister von Italien, De Lorenzo, verurteilt worden, weil er ca. Fr. 500'000.- (600 Mio. Lire) vom Hersteller SmithKlineBeecham als Schmiergeld angenommen hatte. De Lorenzo hatte nach Empfang dieser Summe die Pflichtimpfung gegen Hepatitis B in seinem Land eingeführt.

Impfen mit Bananen und Karotten

An der Universität Giessen (D) haben sich die Wissenschaftler auf eine gut lagerfähige und transportierbare, allerdings dann frisch zu verzehrende Impfung gegen Hepatitis B konzentriert, nämlich die Karotte; oder wie man in der Schweiz zu sagen pflegt: Das Rüebli. Bei den Untersuchungen am Institut für Pflanzenernährung werden die Karotten gentechnisch so verändert, dass sie selbst einen Impfstoff gegen Hepatitis B bilden, so sagt man uns! Das Impf-Rüebli wird momentan in China an der Bevölkerung getestet. Mit grosser Wahrscheinlichkeit ohne deren Wissen und Einverständnis.⁶¹ Ebenfalls ist man an der gleichen Universität daran, transgenen Kopfsalat und Lupinen zu Impfungen umzuarbeiten. Unter praktischen Gesichtspunkten sind die Karotten jedoch vorzuziehen, wer möchte schon gerne an Lupinen kauen? Bananenstauden mit genmanipulierten Bananen als Anhang wachsen auch bereits. Sie kommen aus den USA und sollen ebenfalls gegen Hepatitis B schützen⁶²

Wie wir sehen, wird uns also in Zukunft die ganze Impfangelegenheit „schmackhafter“ gemacht werden. Es gibt dann kein schreiendes Kind mehr in der Arztpraxis, sondern vergnügt vor sich hinkauende Kinder. Auch bei den Eltern wird dann vermutlich die Impfbereitschaft wieder steigen, wenn die ganze Impferei plötzlich so einfach geworden ist. Doch bei genauerem Hinsehen entpuppt sich die Angelegenheit doch wohl eher wie ein Trojanisches Pferd. Denn wir sollten uns folgende Fragen stellen: Wenn man Impfstoffe schon in den Früchten und Gemüse mitwachsen lassen kann, was kann man dann noch dank unserer Gentechnik alles in den Nahrungsmitteln verstecken? Und wer garantiert uns, dass alle diese „essbaren Medikamente“ schlussendlich nur in der Arztpraxis hängen und nicht auch noch als harmlose Vitaminspender im Gemüseregal der Supermärkte?

Und die Wirkung, bzw. die Nebenwirkungen haben wir noch nicht einmal betrachtet, genauso wenig wie die Tatsache, dass die Gentechnik doch wohl eher eine tickende Zeitbombe für uns und die zukünftigen Generationen ist, als ein Segen. Wir müssen uns mit aller Entschiedenheit dagegen wehren, dass solche „Medikamente“ zum Einsatz kommen. Unsere Nahrungsmittel sollen Nahrungsmittel bleiben und unsere Medikamente schlichte Medikamente. Wir haben bereits mit den Jod und Fluor angereicherten Nahrungsmitteln genug Schaden angerichtet, und bald kommt auch noch die Folsäure dazu. Das dürfen wir uns als Verbraucher nicht gefallen lassen. Dagegen müssen wir uns zur Wehr setzen, den kommenden Generationen zuliebe.

- ¹ Lurman A., Eine Ikterus Epidemie, Berl klin Wochenschr 22:20-23, 1855
- ² Flaum A., et al, eine nosokomiale Ikterus, Acta Med Scand 16:544, 1926;
- ³ Findlay GM, et al, TransR Soc Trop Med Hyg 51:297-308, 1937;
- ⁴ Beeson PB, JAMA 121: 1332-1334, 1943
- ⁵ Neefe JR, et al, Am J Med Sci 1:3-22, 1946).
- ⁶ Seefe LB, N Engl J Med 316:965-970, 1987
- ⁷ Beele A.J., FEMS Microbiology Letters 100; 469-474, 1992
- ⁸ Mc Callum FO, Lancet 2:691-692, 1947
- ⁹ Blumberg BS; JAMA 191:541-546, 1967
- ¹⁰ Dienstag JL; Am J Epidemiol 1982, 115(1):26-39
- ¹¹ BAG, blauer Infektionsordner, Seite 93
- ¹² RKI, Infek.-Jahrbuch 2001
- ¹³ Meinecke C., Merkurstab 1998, 4:220-229
- ¹⁴ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000)
- ¹⁵ Krugman S et al; JAMA 217; 41-45, 1971
- ¹⁶ Praxis med., 2/97
- ¹⁷ Schmitt, Schutzimpfungen 2000, Infomed Verlag
- ¹⁸ Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und pl. Kindstod, Hirthammer 2000
- ¹⁹ Patel D et al, J Pediatr 131:641-643, 1997
- ²⁰ Mahoney F., et al, Vaccines, Saunders Press, 3rd Edition
- ²¹ Saldo Nr. 9, 10.5.2000
- ²² Karin Rizner, SVOOD, Vortrag in Graz März 2002
- ²³ Meinecke C., et al, Merkurstab 1998, 4:220-229
- ²⁴ Belkin et al, NVIC, 1996-1999
- ²⁵ Eingabe an den US-Kongress, Missouri Central District School Nurse Association, Patti White, May 1999
- ²⁶ Shepherd C., CFIDS Research Review, 2/1, Winter 2001
- ²⁷ Delage G., et al, Canadian Communicable Disease Report 1993, 19:25-28;
- ²⁸ Salit IE., J Rheumat 1996, 23(3):540-544

- ²⁹ Klein P., Impfen, Routine oder Individualisation, 1999
- ³⁰ Shaw F., et al, Am J Epi 1988, 12:337-352
- ³¹ Classen B., New Zealand Medical J Mai 1996
- ³² CDC 1998, 6 (suppl 2): 60,
- ³³ Poutasi K, N Zealand Med J 1996, 109 (1026):283
- ³⁴ Beljanski, Medical Science Research Nr. 15, S. 529, 1987
- ³⁵ Fosters, 1999, Cox News Service
- ³⁶ Herroelen et al, Lancet, 338: 1174-1175, 1991
- ³⁷ Hofmann F., et al, Tagung Deutsches Grünes Kreuz und PEI, April 1994
- ³⁸ Belkin M, NVIC, 1999
- ³⁹ MMWR, 1996, 45(RR-12): 1-35
- ⁴⁰ Tosti ME., et al, Ital J Gastroenterol Hepatol 1999, 31(5): 388-391
- ⁴¹ Classen J.B., Hepatitis B Vaccine, 1999
- ⁴² Wise RP., JAMA 1997, 278(14): 1176-1178
- ⁴³ Noble JP., et al, Gastroenterologie Clinique et Biologique 1997, 21(1):87
- ⁴⁴ Pope J et al, J Rheumatol 1998 25(9): 1687-1693
- ⁴⁵ Albitar S. et al, Nephrol Dial Transplant 1997, 71:329-334, und viele andere
- ⁴⁶ Devin F., et al, Presse Medicale 1997, 26(2): 62-65
- ⁴⁷ Bonfils P., et al, Annales d'Oto-Laryng et de Chirur Cervico-Faciale 1996, 113(6):359- 361
- ⁴⁸ InFo 111/97, 11/97 vom RKI
- ⁴⁹ Pulstip, Jan. 2000, S. 7
- ⁵⁰ Pulstip Jan. 2000, S. 7
- ⁵¹ Reuters Meldung, Paris, Nov. 20, 2002
- ⁵² L'Impatient, 242, 1998
- ⁵³ Niederösterreich Journal 23.11.02
- ⁵⁴ McQuillain G., et al, 2/24/99, The John Hopkins University Division of Infec Dis
- ⁵⁵ Oehen et al, Sciece, 11.1.1991, 195-198
- ⁵⁶ Carmann W. et al, Lancet, 1990, 325-329
- ⁵⁷ Karin Rizner, SVOOD, Vortrag in Graz, 8.3.2002
- ⁵⁸ Dienstag JL, Ryan DM; 1982, Am J Epidemiol, 115(1): 26-39
- ⁵⁹ Kantonsspital Basel, Bereich Innere Medizin, Medizin 1, 2.2.2003
- ⁶⁰ Whitehouse Station, NJ, 2.3.2000
- ⁶¹ Plant Cell, Tissue and Organ Culture, Imani et al, 2002
- ⁶² Frankfurter Rundschau, Springer U., Nr. 153, 5.7.1997, S. 6

FSME

Hysterie um ein kleines Tierchen

Jede Organisation, die auch nur annähernd mit dem Thema Gesundheit etwas zu tun hat, ruft alljährlich die österreichischen Bewohner in einer penetrant anmutenden Propaganda zum Impfen gegen FSME auf. Seit einigen Jahren entkommt man diesen kleinen Biestern scheinbar nicht mehr. Man gewinnt den Eindruck, als seien im öffentlichen Leben in Österreich mehr Zecken vorhanden als in der freien Wildbahn. Sie werden im Fernsehen gezeigt, im Radio wird über sie geredet, in Kindergärten und Schulen sind sie ein Thema, kein Arztbesuch findet statt, ohne an sie erinnert zu werden, und von vielen Plakatwänden starren uns wahre Monsterwesen, tausendfach vergrössert, entgegen. Es gibt auf den österreichischen Plakatwänden Zecken mit mehr als 1 m Durchmesser. Dass die armen Tierchen zu so viel Ehre gekommen sind, ist ihnen sicherlich nicht einmal bewusst. Die Firma Chiron Behring lässt gar 54 in ein dezentes Grau gekleidete Zecken im Gleichschritt rund um ihr offizielles Briefpapier marschieren. Sie sollen an die Impfung mit dem Impfstoff Encepur gemahnen.

Bei uns in der Schweiz ist von „bisswütigen“ Zecken die Rede. Als ob sie es heimtückisch auf die Eidgenossen abgesehen hätten! Dabei vergisst man der Bevölkerung mitzuteilen, dass Zecken einen Entwicklungszyklus mitmachen. Sie entwickeln sich aus dem Ei über ein Larven- und Nymphenstadium zum anschliessenden erwachsenen Tier. Zwischen diesen verschiedenen Stadien aber muss die Zecke eine sogenannte Metamorphose (Umwandlung) durchmachen. Für jede dieser Umwandlungen benötigt sie vorher eine „Blutmahlzeit“. Das Weibchen benötigt sie ebenfalls zur Eiablage. Die Zecken sind also keinesfalls „bisswütiger“ in bestimmten Gegenden sondern alle Zecken müssen zur eigenen Arterhaltung stechen.

Lebensweise der Zecken

Ob man von einer Zecke heimgesucht wird oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab. Einige Menschen sind dank ihrem Schweiß und

Talg bei den Tierchen beliebter als andere. Zudem stechen die Zecken nicht ganzjährig und überall. Zecken bevorzugen gemässigte Klimazonen bis auf eine Höhe von ca. 1000 m ü. M. Sie benötigen ausserdem für ihre Entwicklung eine minimale Durchschnittstemperatur und eine genügend grosse Feuchtigkeit. Diese Bedingungen sind bei uns in der Regel im Frühsommer, d.h. Mai bis Juni und im Herbst, von September bis Oktober gegeben. Die höchste Stechaktivität zeigen sie im Frühsommer und dabei nachmittags und abends.

Mit Vorliebe hält die Zecke sich im Untergehölz des Waldes auf, d.h. auf Sträuchern, Büschen und hohem Gras, Lichtungen, Weg- und Waldrändern. In Wäldern ohne Unterholz trifft man sie nicht an, weil sie keine geeigneten Lebensbedingungen vorfindet. Oft hört man noch, Zecken besteigen Bäume und stürzen sich dann todesmutig auf ihre ahnungslosen, des Weges daherkommenden Opfer. Diese Mühe machen sie sich nicht. Sie klettern lediglich an Gräsern und Sträuchern empor und warten von dort auf ihre Opfer. Sie erkennt es an der Vibration, die ein nahendes Lebewesen erzeugt, wenn es Äste oder Gräser streift. Im für sie geeigneten Moment lässt sie sich dann blind auf ihr Opfer fallen und versucht sich festzuklammern. Meist geht dieser Sprung aber ins Leere. Sie besitzt nämlich keine Augen, um genau zielen zu können. Hat sie es dennoch geschafft sich festzuklammern, sucht sie einen geeigneten Ort, um die Haut durchzustechen. Den findet sie meist in der Leistengegend, Achselhöhlen, Kopfhaut, etc.

In einigen med. Büchern liest sich das, was sich nach der erfolgreichen Suche einer geeigneten Stichstelle abspielt, sehr dramatisch. Man spricht von einem „Schneideapparat, welcher mit Messern und Widerhaken versehen ist. Durch sägeartige Bewegungen (Prinzip der Stichsäge) wird ein Hautkanal ausgeschnitten und ausgestochen und nachher das Tier mit den Widerhaken in der Haut verankert.“¹ Eine Zecke beißt demnach nicht, sondern sie sticht. Damit die Zecke ungestört ihre Mahlzeit beenden kann, sondert sie während des Stich- und Saugvorganges betäubende, entzündungshemmende und blutstillende Substanzen ab. Dadurch bemerken viele Betroffene nicht, dass sie gerade einer kleinen Zecke das Überleben sichern. Gegen Ende dieses Saugaktes erbricht die Zecke und mit dem Erbrochenen kann

sie Viren sowie Bakterien auf den Wirt übertragen. Die Erreger befinden sich im Darm der Zecke. Oftmals ist in der Literatur auch die Rede davon, dass sich die Mikroben im Speichel befinden. Nach dem Studium der heute zur Verfügung stehenden Literatur ist aber davon auszugehen, dass die Viren und Bakterien erst mit dem Erbrochenen aus dem Magen in den Speichel gelangen. Es konnte experimentell nachgewiesen werden, dass die Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern mit der Dauer des Saugaktes zunimmt.² Zecken können unterschiedlich lange saugen, man spricht von 2 bis 9 Tagen, je nach Entwicklungsstadium. Deshalb ist es sehr wichtig, die Zecke so schnell wie möglich zu entfernen.

Entfernen der Zecke

Am besten fasst man die Zecke direkt über der Haut mit einer Pinzette und zieht sie nach hinten oben aus dem Stichkanal heraus. Ist keine Pinzette vorhanden, genügen auch ein Daumen- und ein Zeigefingernagel. Es gibt auch sogenannte Zeckenzangen zu kaufen. Einige schwarze Pünktchen an der Einstichstelle oder eine leichte Rötung sind nicht beängstigend. Auch ein zurückgebliebener Zeckenkopf sollte einen nicht erschrecken. Er fällt von selber ab. Die Zecke niemals mit Öl, Klebstoff oder anderen unappetitlichen Dingen „vorbehandeln“. Denn damit wird sie erst recht zum Erbrechen gereizt. Wichtig ist, dass die Zecke nicht mehr weitersaugen kann. Es ist von Vorteil, die Einstichstelle zu desinfizieren.

Bei einem Aufenthalt in „Zeckengebieten“ sollte der Körper möglichst bekleidet sein, d.h. lange Ärmel, lange enganliegende Hose, geschlossene Schuhe. Ätherische Öle halten Zecken fern, die Mittel verlieren allerdings schnell ihre Wirkung. Die schwedische Armee hat in einem Versuch an ihren Soldaten ausprobiert, ob Knoblauch abschreckend auf Zecken wirkt. Die Soldaten schluckten dazu jeweils täglich Knoblauch-Kapseln (1200 mg/Tag). Achtzehn Wochen lang erhielten sie die Kapseln, bzw. ein Placebo. Das Ergebnis war, dass sich unter den Allium-Pillen das Risiko für einen Zeckenstich (und Insektenstich allgemein!) um 20 Prozent verringerte. Meiner Meinung nach wäre das Ergebnis noch viel deutlicher ausgefallen, wenn man anstelle der Kapseln frischen Knoblauch verwendet hätte.³

Die FSME-Krankheit

FSME ist eine Früh-Sommer-Meningo-Enzephalitis, d.h. der häufigste Zeitpunkt der Erkrankung ist der Frühsommer. Meningitis ist eine Hirnhautentzündung und Enzephalitis eine Hirnentzündung. Als Verursacher wird ein FSME-Virus, d.h. ein sogenanntes Flavivirus angegeben. Es wird unterteilt in einen westlichen und einen fernöstlichen Typ. 1930 kam es in Russland erstmalig zu einer grossen Erkrankungsrate. Der westliche Typ wurde das erste Mal von Schneider 1931 in der Umgebung von Neunkirchen in Österreich beschrieben. Das war die erste Beschreibung einer FSME-Erkrankung in der medizinischen Literatur. In der Schweiz wurde der erste Fall 1962, und in Deutschland 1964 beschrieben. In den bisher erschienenen Veröffentlichungen wird der fernöstliche Typ als der virulentere beschrieben, die Lähmungs- sowie Todesfälle sind häufiger. Auch hier ist die Ursache nicht im Virus selber sondern im Allgemeinzustand der Bevölkerung zu suchen.

Eine FSME tritt viel seltener auf als eine Lyme-Borreliose. Man geht davon aus, dass zwischen 0,2 bis 0,8 Prozent der Zecken das Virus enthalten.⁴ Andere Quellen geben jede 100. bis 1000. Zecke als infiziert an in einem Endemiegebiet. Selbst diese Zahlen sind masslos übertrieben, denn dann müsste es viel mehr Erkrankungen geben.

Nach Angaben des Zürcher „Zeckenspezialisten“ Dr. Satz erkranken in der Schweiz nur etwa 10 Prozent, in Deutschland 10-20 Prozent und in Österreich 20-30 Prozent der infizierten Personen. Diese Zahlen lassen sich nur verstehen, wenn man die landesweit von den Gesundheitsbehörden propagierte Massenhysterie kennt. In der Schweiz erscheinen zwar auch zur „Zeckensaison“ farbige Prospekte als Wurfsendungen in allen Briefkästen, und auch in den Zeitungen gibt es mehr oder weniger angstmachende Berichte. In Deutschland dagegen gibt es regelrechte Wettläufe zwischen dem gut gegen FSME durchgeimpften Bayern und den eher lasch gehandhabten Ausführungen dieser Impfung in Baden-Württemberg. Das RKI stellt zu dem Zweck gar farbige Karten her, die selbstverständlich alle einen Rückgang der FSME-Fälle in Bayern mit gleichzeitiger Zunahme der Fälle im benachbarten Bundesland Baden-Württemberg aufzeigen.

In Österreich liegt der Fall noch einmal ganz anders. Nicht nur, dass der erste FSME-Impfstoff „made in Austria“ war, man fühlt sich dadurch regelrecht verpflichtet, eine Vorreiterrolle einzunehmen und recht viele Fälle aufzuzeigen. Sind uns doch Berichte bekannt, wonach FSME-Meldungen vorgenommen wurden, ohne dass es jemals in dieser Gegend zu einem einzigen Fall gekommen war. Als Erklärung gab man an, es hätte sich früher oder später dort sowieso ein Fall ergeben! Die Anzahl der FSME-Fälle in Österreich schwankt sehr stark je nach Datenquelle Prof. Kunze, Prof. Kunz oder Doz. Schwarz. Schwarz berichtet auch von Mehrfachnennungen. 1990 wurden aus 74 FSME-Patienten 87 „FSME-Fälle“.⁵

Zecken tragen dieses FSME-Virus in sich, weil sie es von einem Zwischenwirt erworben haben. Bei diesem Wirt handelt es sich in der Regel um Mäuse. Wild oder Vögel spielen fast keine Rolle bei der Übertragung. Dieses Virus befindet sich bei der Zecke in der Darmwand und nicht in der Speicheldrüse. Das heisst, die Zecke überträgt es erst gegen Ende des Saugaktes, wenn sie erbright. Desto eher also eine Zecke entfernt wird, desto geringer ist das Risiko einer Erkrankung. Es gibt in der medizinischen Literatur ebenfalls Beschreibungen über eine Übertragung des FSME-Virus durch unpasteurisierte Milch oder Milchprodukte von akut erkrankten Ziegen oder Kühen^{6,7}. Die Krankheit selber äussert sich zweiphasig. Eine erste Phase tritt in der Regel 7 bis 14 Tage nach einem Zeckenstich auf, wobei es schon zu Beschreibungen in einem Zeitraum von 1 bis 30 Tagen gekommen ist. Die Beschwerden beginnen grippeartig, wie z.B. Fieber, Müdigkeit, Kreuz- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Magen- und Darmbeschwerden, Übelkeit und Appetitlosigkeit. Oft sind diese Zeichen noch von mehr oder weniger starken Kopfschmerzen begleitet. Diese Phase dauert 2 bis 7 Tage. Die Beschwerden klingen ab und der Betroffene fühlt sich wieder gesund. Mehr als 95 Prozent der Patienten haben hiermit die Krankheit tatsächlich auch überstanden. Bei höchstens 5 Prozent der Betroffenen beginnt nun die zweite Phase der Krankheit mit einer beschwerdefreien Zeit von 2 bis 20 Tagen. Die grippeähnlichen Symptome treten erneut auf, vor allem aber mit starken Kopfschmerzen. Hinzu kommen in der Regel jetzt auch die ersten Zeichen einer Meningitis und Enzephalitis, z.B. Bewusstseinsstö-

rungen, Schluck- und Schlafstörungen, lichtscheu, Lähmungen von Armen und Beinen, Atemstörungen bis hin zu epileptischen Krämpfen. Die Sterblichkeit wird mit weniger als 1 Prozent angegeben. In der Schweiz wurden zwischen 1984 und 1999 fünf Todesfälle registriert, alle waren über 70 Jahre alt. Eine spezifische schulmedizinische Behandlung der FSME gibt es nicht.

In der Regel heilen die FSME-Erkrankungen ohne Folgeschäden aus. Das Risiko einer bleibenden Schädigung nach einem Zeckenstich liegt nach Untersuchungen in Endemiegebieten Süddeutschlands etwa bei 1:80'000.⁸ Selbst sehr pessimistische Annahmen gehen von 1:5000 aus⁹ Seit dem 1.1.2001 müssen in Deutschland alle nachgewiesenen FSME-Erkrankungen nach dem neuen IfSG gemeldet werden. Je jünger die Kinder sind, desto gutartiger verläuft die Krankheit. Kinder haben sogar ein deutlich niedrigeres Erkrankungsrisiko als Erwachsene. Lediglich 12 bis 15 Prozent aller gemeldeten FSME-Fälle betreffen Kinder unter 14 Jahren, sogar weniger als 6 Prozent die unter sechsjährigen.¹⁰ Kinder erkranken vorwiegend an einer Meningitis, Erwachsene über 40 Jahre meist an einer Enzephalitis.^{11,12} Die durchgemachte Krankheit hinterlässt eine lebenslange Immunität. Erkrankte Personen sind für andere nicht ansteckend.

Die Lyme-Borreliose Erkrankung

Zecken können verschiedene Mikroben auf uns Menschen übertragen. Die häufigste ist die Lyme-Borreliose. Von ihr hört man in den Medien nicht viel. Sie wird sogar ganz bewusst heruntergespielt, weil es bei uns keine Impfung gegen diese Krankheit gibt. Einige Zeitungen versteigen sich gar zu Aussagen wie: „Keinen Impfschutz hingegen gibt es gegen die von Zecken ebenfalls übertragene Lyme-Borreliose. Doch diese Krankheit bricht nur bei den wenigsten Menschen aus. Zumeist besiegt das menschliche Immunsystem die Bakterien.“¹³ Den Autoren sollte man die Lektüre des „blauen Infektionsordners“ des BAG empfehlen. Dort wird angegeben, dass zwischen 5 bis 35 Prozent der Zecken mit Lyme-Borreliose infiziert sind.

Der Ausdruck Lyme-Borreliose kommt von der Ortschaft Lyme im Bundesstaat Connecticut (USA), als in den siebziger Jahren dort vermehrt die typischen Erkrankungen auftraten, sowie von der mikro-

biologischen Bezeichnung Borreliose. Als Mikrobe nennt man ihn *Borrelia burgdorferi*. Der Auslandschweizer Dr. Willi Burgdorfer entdeckte das Bakterium 1982 an den Rocky Mountain Laboratories in Hamilton (Montana, USA). Inzwischen kennt man mehrere Untergruppen dieser Bakterien. 1950 wurde erstmals ein Zusammenhang mit den Zecken erkannt, und obwohl man die Mikrobe nicht kannte, wurde damals bereits eine Behandlung mit dem neuen Wundermittel Antibiotika durchgeführt. Untersuchungen haben gezeigt, dass, quasi ausser in der Antarktis, die Mikrobe überall vorkommt. Glücklicherweise erkranken aber nur die wenigsten Betroffenen auch an einer Lyme-Borreliose. Die Wahrscheinlichkeit liegt laut Angaben von Dr. Satz unter 1 Prozent. Auch hier ist wiederum der Zustand unseres Immunsystems ausschlaggebend. Die allermeisten werden mit dem Bakterium fertig, andere bekommen leichte grippale Beschwerden und erkennen dadurch nie einen Zusammenhang mit dem Zeckenstich.

Die Krankheit selber äussert sich in verschiedenen Stadien. Bei *Stadium I* gibt es einen leichten Hautausschlag an der Einstichstelle mit den Anzeichen wie bei einer leichten Grippe. Da dieses Stadium sehr schwach verlaufen kann, bemerken viele Betroffene es oftmals nicht. Es kann unmittelbar bis wenige Wochen nach dem Stich auftreten. *Stadium II* verläuft für uns nicht direkt sichtbar. Die Bakterien gelangen von der Haut in das Blut und von dort in alle Organe. Vor allem gehen sie in die Gelenke und deren Umgebung, in das Nervensystem und in das Herz. Dieses Stadium tritt Wochen bis Monate nach dem Zeckenstich auf. Wenn bis zu diesem Zeitpunkt nicht mit einer Behandlung begonnen wurde, so können bleibende Organschäden entstehen, z.B. an den Gelenken eine Arthrose oder an den Nerven chronische Funktionsstörungen. Diesen Teil der Krankheit nennt man auch *Stadium III*.

Da ein Zeckenstich oftmals nicht bemerkt wird, und die Beschwerden, wie körperliche und geistige Müdigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, etc. auch bei vielen anderen Krankheiten als erste Zeichen auftreten, wird in vielen Fällen kein Zusammenhang gesehen. Bedingt dadurch wird eine Behandlung in aller Regel zu spät begonnen. Schulmedizinisch wird ausschliesslich eine Behandlung

mit Antibiotika durchgeführt, oftmals über mehrere Wochen intravenös. Dass damit mehr Schaden als Nutzen angerichtet wird, muss jedem klar sein. *Bei jeder durch Zecken verursachten Krankheit ist die Homöopathie die Therapie der Wahl.*

Borrelientest

Es gibt einen sogenannten Borrelientest, d.h. Laboruntersuchungen, um festzustellen, ob es sich um eine Erkrankung mit dem Bakterium *Borrelia burgdorferi* handelt. Im Stadium I der Krankheit, d.h. wenn die Hautrötung auftritt, sind diese Tests aber unwirksam, da sie zu etwa 80 Prozent der Fälle ein normales Ergebnis anzeigen. Das heißt aber umgekehrt nicht, dass ein normaler Borrelientest die Krankheit ausschließt. Diese Tests werden von verschiedenen Labors angeboten. Viele sind nicht genügend erprobt. Es wird dabei, wie bei der Titerbestimmung üblich, der Antikörperanteil gemessen. Oft werden diese Tests falsch interpretiert, denn ein hoher Antikörperspiegel zeigt lediglich an, dass dieser Betroffene irgendwann in seinem Leben einmal Kontakt mit dem Bakterium hatte. Er zeigt aber nicht an, dass dieser Patient momentan krank ist, oder dass seine jetzigen Beschwerden gar von einer Lyme-Borreliose verursacht sind. Untersuchungen in der Schweiz, Deutschland und Österreich zeigen, dass im Durchschnitt 10 Prozent der Bevölkerung Antikörper im Blut haben, bei Waldarbeitern, etc. sind es sogar ca. 40 Prozent. Aber nur die allerwenigsten unter ihnen wissen etwas von einem Zeckenstich. Oftmals wird auch beschrieben, dass Borreliose z.B. von Spinnen oder Mücken übertragen werden kann. Antikörper fehlen vollständig bei Patienten, die in einem frühen Stadium der Krankheit mit Antibiotika behandelt wurden, da durch die Behandlung bereits alle Bakterien abgetötet wurden.

Es gibt verschiedene Untersuchungen, um eine Lyme-Borreliose festzustellen, z.B. die oben genannten Borrelientests, Untersuchungen der Hirn- und der Gelenkflüssigkeit, Elektrodiogramm, Elektroneurogramm, Röntgenbilder der Gelenke, Computertomogramme, Magnet-Resonanzuntersuchungen des Gehirns und des Rückenmarks, etc. Aber es ist ausdrücklich zu erwähnen, dass alle diese Untersuchungen nur Hinweise, aber keine Beweise für die Krankheit zeigen.

Krankheitsbild der Lyme-Borreliose

Als Erkrankung verursacht durch die Lyme-Borreliose, können unter anderem auftreten: Hauterkrankungen (wandernde, sich ausbreitende Rötung), Hautentzündungen, z.B. an Armen/Händen, Füßen/Beinen, Hautflecken; gutartige, knötchenhafte Schwellung unter der Haut, meist am Ohrläppchen; Gelenkentzündungen, Muskelbänder, die an den Ansatzstellen zum Knochen entzündet sind, Muskelentzündungen; Erkrankungen des Nervensystems wie Lähmungen im Gesicht und Augenlid, Schmerzen, Gefühlsstörungen, Lähmungen an Armen und Beinen oder im Brust- und Bauchbereich, Kopfschmerzen, Erbrechen, Lichtscheu, Verlangsamung, körperliche Leistungsschwäche, Antriebsverlust, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörungen, emotionale Labilität, Reizbarkeit, Verwirrtheit, Schläfrigkeit bis Bewusstlosigkeit, Gangstörungen, Bewegungsstörungen der Arme/Beine, epileptische Anfälle, Schlaganfälle mit einseitigen Lähmungen, Querschnittslähmungen, Halbseitenlähmungen, Störungen bei der Harn- und Stuhlentleerung, Bindegauentzündung, Gehörverlust, chronisches Müdigkeitssyndrom, Multiple Sklerose, Herzrhythmusstörungen, etc.

Das schweizerische BAG sagt, dass „Infektionen während der Schwangerschaft (...) zu einer Schädigung des Fötus“ führen können. Demgegenüber zeigen grosse Untersuchungen in der Gegend von New York (USA) und auch vom Kinderspital in Zürich, dass der Fötus nicht geschädigt wird, selbst wenn die Mutter in einer Frühphase der Schwangerschaft an Lyme-Borreliose erkrankte.¹⁴

Bei uns in Europa gibt es keinen Impfstoff gegen die Lyme-Borreliose, sie sind aber in Entwicklung. In den USA sind bereits zwei Impfstoffe gegen diese Krankheit zugelassen. Angeblich haben sich die Krankheitsfälle seit Einführung dieser Impfung deutlich verringert, obwohl gleichzeitig angegeben wird, dass wegen der zahlreichen noch ungeklärten Fragen die Diskussionen um die Nützlichkeit dieser Impfstoffe noch nicht abgeschlossen sei. Da wir eine Vielfalt der Krankheitserreger im Gegensatz zu den USA haben, können wir diese Impfung nicht übernehmen.

Nach einer durchgestandenen Lyme-Borreliose kommt es zu kei-

ner Immunität. Von daher kann auch eine Impfung uns keinen Schutz geben. Erkrankte Personen sind für andere nicht ansteckend.

Erlichiose

Neu wurde auch ein weiterer Erreger durch Zeckenstich, die Erlichiose in den 30er Jahren bei Hunden in Afrika entdeckt. Sie wird von Erlichia-Bakterien verursacht. Diese Krankheit hat vor allem Bedeutung in der Veterinärmedizin. Über die Häufigkeit und Gefährlichkeit dieser Krankheit beim Menschen ist wenig bekannt. Scheinbar kommt sie beim Menschen in geringem Ausmass vor. 1986 wurde in den USA der erste Fall einer Erlichiose beim Menschen beschrieben. Der Verlauf ist geprägt von dem plötzlichen Auftreten von grippeartigen Symptomen wie z.B. Fieber, Kopfschmerzen und Unwohlsein. Dazu können Verwirrtheit, Muskel-, Gelenk- und Knochenschmerzen, Schweissausbrüche, Übelkeit und Erbrechen kommen. Der Verlauf der Krankheit ist in den meisten Fällen eher leicht und gutartig. Es ist mit keiner längeren Störung der Gesundheit zu rechnen.

Babesiose

Die Babesiose ist eine Erkrankung, die durch verschiedene von Zecken übertragene Einzeller-Lebewesen verursacht wird und bei Tieren schon länger bekannt ist, vor allem in den USA. In Europa ist sie bisher nur bei wenigen Dutzend Menschen diagnostiziert worden, in der Schweiz bei zwei Personen. Die Krankheit gleicht in vielem einer Malariaerkrankung. Meist ist der Verlauf so gutartig, dass es nicht zu einer Abklärung kommt.

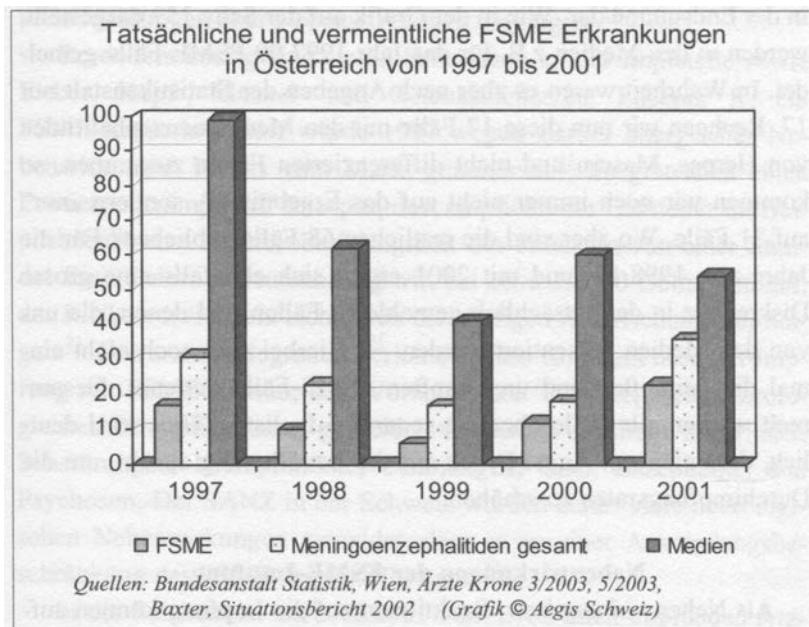
Die Impfung gegen FSME

1937 wurde die erste Impfung gegen den fernöstlichen Typ der FSME in Russland an die Soldaten verabreicht. Es handelte sich um einen Totimpfstoff, der auf Mäusehirn gezüchtet wurde. Dieser Impfstoff war der erste FSME-Impfstoff. Durch den Zusatz von Myelin kam es zu einem sehr hohen Anstieg von allergischen Erkrankungen unter den Geimpften.¹⁵ Erste Versuche, einen Impfstoff gegen den europäischen Typ herzustellen, wurden in den sechziger Jahren in der

damaligen Tschechoslowakei gemacht. Laut eigenen Angaben war sie angeblich bei den Versuchstieren im Labor und bei freiwilligen Testpersonen sehr wirksam. Warum sie trotzdem dann nicht zur Anwendung kam, darüber schweigt sich die medizinische Literatur aus. 1973 schliesslich gelang es Prof. Christian Kunz am Institut für Virologie in Wien in Zusammenarbeit mit dem Microbiological Research Establishment in Porton Down, England, einen Totimpfstoff herzustellen. Der Impfstoff wurde aus dem FSME-Virus einer österreichischen Zecke aus dem Gebiet rund um Neudörfl hergestellt, das in Hühnerembryonalzellen vermehrt worden war. Der Impfstoff wurde mit Formaldehyd entgiftet und mit Aluminiumhydroxid als Adjuvans (Verstärker) angereichert. Bei den ersten Versuchspersonen zeigten sich indes mehr oder weniger starke Nebenwirkungen, wie z.B. starke Kopfschmerzen, Ausschläge, etc. Um eine nebenwirkungsärmere Impfung herzustellen, wurde dann eine Zusammenarbeit mit der Immuno AG angestrebt. Heute wird dieser Impfstoff von den zwei Hauptherstellern Baxter AG, sowie Chiron Behring hergestellt. In der Schweiz ist ganz neu auch seit Frühjahr 2002 ein Zeckenimpfstoff der Berna Biotech AG für Kinder von 1 bis 12 Jahren auf den Markt gebracht worden. Er besteht ebenfalls aus inaktivierten FSME-Viren, ist also ein Totimpfstoff. Heute besteht der Zeckenimpfstoff aus folgenden Zusatzstoffen: abgetötete Zeckenviren, gezüchtet auf Hühnerfibroblasten-Zellkulturen, Aluminiumhydroxid, Formaldehyd, Thiomersal, Spuren von Hühnereiweiss, Humanalbumin, Antibiotika, Pro-taminsulfat, Polygelin, Salze, Zucker, Chlortetracyclin, etc.

Sind die FSME-Fälle seit Einführung der Impfung zurückgegangen?

In Österreich ist, wie bereits erwähnt, 1973 der von Prof. Christian Kunz entwickelte FSME-Impfstoff auf den Markt gekommen. Seit diesem Zeitpunkt wird in der österreichischen Presse alljährlich eine Grafik abgebildet, die, beginnend mit dem Jahr 1979, die Zahlen der an FSME-Erkrankten darstellt. Gleichzeitig wird gezeigt, in welchem Ausmass die Durchimpfungsrate gestiegen ist. Ausgehend von 1979 mit damals scheinbar 677 FSME-Fällen bis 2002 mit nur mehr 60 Fällen wird uns parallel dazu die Durchimpfungsrate von 3 Prozent

**Bild 07**

(1979) mit heute 87 Prozent (2002) angegeben^{16,17,18}. Auf den ersten Blick erscheint diese Grafik mehr als deutlich zu sein. Nach Rückfrage bei der Bundesanstalt Statistik in Wien jedoch erscheinen plötzlich ganz andere Zahlen. So teilte man mir dort mit, dass erst seit 1970 die Erkrankungszahlen an FSME elektronisch erfasst werden. Alle Zahlen und Angaben von vor 1970 sind Schätzungen und mit Schätzungen kann man keine Gleichungen machen. Das heisst nichts anderes, als das Prof. Christian Kunz, der Entwickler des Impfstoffs zu Beginn seiner Arbeiten gar nicht wusste, wie viele Erkrankungsfälle es eigentlich durch FSME geben würde.

Aber es kommt noch schlimmer: Erst seit 1997 (!) werden die FSME-Fälle in Österreich separat erfasst. Vorher liefen sie mit allen anderen Meningoenzephalitiden zusammen, d.h. sie wurden mit Mäusern und Herpes, sowie mit nicht differenzierten Fällen in einen Topf geworfen. Meningoenzephalitiden sind auf das Gehirn übergreifende Gehirnhautentzündungen. Wenn man die Zahlen der Bundesanstalt Statistik nun näher ansieht, dann stellt sich nochmals eine Diskrepanz

in der Endsumme dar. Wie in der Grafik auf der Seite 159 dargestellt, werden in den Medien z.B. für das Jahr 1997 99 FSME-Fälle gemeldet. In Wahrheit waren es aber nach Angaben der Statistikanstalt nur 17. Rechnen wir nun diese 17 Fälle mit den Meningoenzephalitiden von Herpes, Masern und nicht differenzierten Fällen zusammen, so kommen wir noch immer nicht auf das Ergebnis 99, sondern „nur“ auf 31 Fälle. Wo aber sind die restlichen 68 Fälle geblieben? Für die Jahre von 1998 bis und mit 2001 ergibt sich ebenfalls eine grosse Diskrepanz in den tatsächlich gemeldeten Fällen und denen, die uns von den Medien präsentiert werden.¹⁹ Hierbei sind noch nicht einmal die geimpften und ungeimpften FSME-Fälle getrennt. Gesammelt werden alle Fälle ohne sie separat aufzulisten. Hier wird deutlich, dass man mit Angst Druck auf die Bevölkerung ausübt, um die Durchimpfungsquoten zu erhöhen.

Nebenwirkungen der FSME-Impfung

Als Nebenwirkung bzw. Reaktionen auf die Impfung können auftreten: Grippeähnliche Symptome mit Fieber über 38 °C, begleitet von Kopfschmerzen, Paräthesien (z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl), Schweissausbrüche, Schüttelfrost, juckender Hautausschlag, Fieberkrämpfe, Schmerzen, Rötung, Schwellung, Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkbeschwerden, Anschwellen der regionalen Lymphknoten, Übelkeit, Erbrechen, Augenschmerzen, allergische Reaktionen, Schwellung der Schleimhäute, Bronchospasmus, Durchfall, Kreislaufreaktionen, Granulom an der Impfstelle, Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Lähmungen bis hin zur Atmungslähmung (GBS), Arthralgien und Myalgien, Multiple Sklerose, Nervenzündungen, entzündliche Reaktionen des Gehirns.

Nachdem man mit der FSME-Impfung vor allem in Österreich Massenimpfungen vornahm, stellte sich heraus, dass es häufige und vor allem auch schwere Nebenwirkungen gab. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gab gar die Empfehlung ab, wegen der schweren Impfnebenwirkungen die Indikation sorgfältig zu stellen und die Patienten vorher ausführlich über Nutzen und Risiko der Impfung aufzuklären.²⁰ Bei uns in der Schweiz schlug die SANZ (Schweizerische Arzneimittel-Nebenwirkungs-Zentrale) Alarm, weil

viele Meldungen über Nebenwirkungen eingingen.²¹

Besonders häufig sind starke Schmerzen an der Impfstelle sowie Fieber, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen. Encepur K, ein FSME-Kinderimpfstoff wurde 1997 wegen starker allergischer Nebenwirkungen bereits vom Markt genommen²² Es gibt auch einen Erwachsenenimpfstoff Encepur, dort empfiehlt der Hersteller im Beipackzettel eine Nachbeobachtungszeit des Patienten von einer Stunde! Eine Gehirnhautentzündung tritt bei etwa 1:1000 Geimpften auf, das Risiko vervielfacht sich durch die häufigen Auffrischungsimpfungen.²³ Das arznei-telegramm berichtete, dass vor allem nach der Impfung mit FSME-Immun, dem Vorläufer von TicoVac, viele neurologischen Komplikationen gemeldet wurden. Vor allem Schwindel, Sehstörungen, Krampfanfälle, Lähmungen, GBS, Enzephalitis und Psychosen. Der SANZ in der Schweiz wurden derart viele neurologischen Nebenwirkungen gemeldet, dass es zu einer Anwendungsbeschränkung des FSME-Impfstoffes kam.²⁴

In der Schweiz ist am 3.12.2001 vom BAG allen impfenden Ärzten mitgeteilt worden, dass FSME-Immun-Inject durch den neuen Impfstoff FSME-ImmunCC ersetzt wurde. Das „CC“ steht in diesem Fall für chick-chick und bedeutet, dass das Produktionsvirus vollumfanglich auf Hühnerembryonalzellen hergestellt wird²⁵ Das arznei-telegramm meldete drei Fälle von Ertaubung²⁶ In der Zeitschrift „Lancet“ wurde eine schwere Rückenmarksentzündung mit bleibender Lähmung beschrieben.²⁷ Als Nebenwirkung anerkannt sind Arm- oder Beinnervenlähmungen mit anhaltenden Lähmungserscheinungen und Schmerzen.²⁸ In den verschiedenen Beipackzetteln der FSME-Impfstoffe waren die neurologischen Nebenwirkungen nur in einem bescheidenen Nebensatz erwähnt. Das PEI musste erst mit juristischen Konsequenzen drohen, bis der Eintrag geändert wurde. In Deutschland wurden mindestens fünf Fälle von Multiple Sklerose nach der FSME-Impfung gemeldet und in Österreich ist ein Fall anerkannt und entschädigt worden.²⁹ Der FMSE-Impfstoff kann Schübe von Autoimmunerkrankungen auslösen, dies muss auch zwingend in den Beipackzetteln erwähnt werden.³⁰ Veröffentlicht wurde ebenfalls ein schwerer Fall von Blutgefäßschäden mit Ödemen, Nierenversagen und Leberschäden.³¹ Bis heute gibt es keine kontrollierten Stu-

dien der Hersteller, die einen Wirksamkeitsnachweis der FSME-Impfung belegen.³²

TicoVac - der Kinderimpfstoff

Im Februar 2000 wurde die Impfung mit dem in der EU neu zugelassenen FSME-Impfstoff TicoVac von Baxter für Kinder eingeführt. Bereits im März, also nach nur vier Wochen der Anwendung, beantragte der Hersteller eine Indikationsänderung. Aus Deutschland lagen bis zu diesem Zeitpunkt bereits 50 bis 60 Meldungen über schwere Nebenwirkungen vor, aus Österreich sogar mehr als 200. Diese Nebenwirkungen äusserten sich in zum Teil drastischem Fieberanstieg über 40 °C, anhaltenden Kopfschmerzen, starkem Erbrechen und/oder Gliederschmerzen, Schüttelfrost, etc. Die Firma Baxter schlug vor, die Dosis für Kinder bei der ersten Impfung zu halbieren. Beschlissen wurde dann folgende Vorgehensweise: Kinder unter drei Jahren duften ab sofort nicht mehr mit TicoVac geimpft werden. Kinder im Alter zwischen drei und fünf Jahre durften nur die halbe Dosis Impfstoff erhalten. Auf einen Temperaturanstieg war zu achten und nach der ersten Impfung sollte für mindestens 24 Stunden die Temperatur regelmässig gemessen werden. Alle diese Massnahmen fruchten nichts, denn viele der gemeldeten Fälle mit starken Nebenwirkungen hatten bereits die halbe Dosis von 0,25 ml erhalten. Baxter teilte mit, im Unterschied zum Vorgängerprodukt habe man nun bei Tic-Vac das Konservierungsmittel Thiomersal und den Stabilisator Humanalbumin weggelassen, sowie eine andere Ionenzusammensetzung für die Formulierung des Impfstoffes gewählt.

Damit die Ärzte die halbe Dosis auch richtig verabreichen konnten, war in der Packungsbeilage eine Skizze der Spritze in Originalgrösse enthalten, die als Schablone benutzt werden konnte. Da das nicht immer funktionierte, riet man, von den 90 in der Spritze enthaltenen Tropfen, 45 abzuzählen und zu verwerfen und den Rest zu verimpfen! In Ärztezeitschriften wurde diese Methode zu Recht als „vorsintflutlich und grotesk“ bezeichnet³³ Am 16.3.2001 zog Baxter den Impfstoff von sich aus schliesslich zurück, nachdem er über ein Jahr lang eingesetzt worden war, und gleich zu Beginn bereits die ersten schweren Schäden aufgetreten waren³⁴ Dr. Dr. W. Maurer,

österreichischer „Impfexperte“ sagte, dass Tico Vac ohne Veröffentlichung von wissenschaftlichen Begleitstudien auf den Markt gebracht wurde.³⁵

Seit dem Jahr 2001 gibt es einen neuen Kinderimpfstoff gegen FSME von Baxter. Was ihn von seinem Vorgänger unterscheidet, kann man im Beschluss-Protokoll des Impfausschusses des OSR vom 4.12.2001 nachlesen: „Der jetzt zur Zulassung anstehende FSME-Impfstoff von Baxter unterscheidet sich nur dadurch, dass die Spritzampulle nur 0,25 ml statt vorher 0,5 ml enthält.“

Prof. Kunz und die FSME-Impfung

Prof. Kunz, der Entwickler des Impfstoffes höchstselbst, sagt, dass als einzige Kontraindikation zur FSME-Impfung ein akuter fieberhafter Infekt gelte. Selbst Hühnereiweissallergiker vertragen seine Kreation scheinbar problemlos nach seinen Angaben. Er versteigt sich gar zu folgender Äusserung: „*Als Relikt aus der Ära der Pockenimpfung hält sich immer noch da und dort die Meinung, die Anamnese eines Schädel-Hirntraumas oder einer Infektionskrankheit des Zentralnervensystems wäre eine Kontraindikation für die Impfung. Das Gegenteil ist der Fall. Gerade das vorgeschädigte Gehirn bedarf besonders des Impfschutzes.*“³⁶ Vehement wehrt er sich ebenfalls dagegen, dass vermehrt Geimpfte vor einer erneuten Wiederimpfung eine Titerbestimmung machen lassen. Er weist seine impfenden Kollegen darauf hin, dass man zur Titerkontrolle unbedingt den Impfausweis mitbringen müsse. Wenn diese Unterlagen fehlten, so Kunz, wüsste man nicht, welche Aussage zur Titerbestimmung gemacht werden soll. Der Untersuchte erhalte sonst einen Antikörperbefund ohne Interpretation des Resultats.³⁷ Wie das wohl zu verstehen ist? Traut Prof. Kunz seiner eigenen Impfung nicht? Wenn man den Titer einer Person nur anhand des beigefügten Impfausweises „interpretieren“ kann, dann gibt es hier wohl einiges zu vertuschen, ganz nach dem Motto: Was nicht sein kann, das darf nicht sein.

Die bisher gemachten Aussagen zum Impfen von Prof. Kunz darf man belächeln, oder den Kopf darüber schütteln. Doch der gute Mann gibt auch Ratschläge, die man als gemeingefährlich einstufen muss. Zitat: „Zur Feststellung von Komplikationen, insbesondere neurologi-

scher Art, gibt es bei Totimpfstoffen keinen Test. Als Beweis für einen kausalen und nicht nur einen zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung ist die Wiederholung eines Krankheitsgeschehens nach neuerlicher Impfung anzusehen.³⁸ Prof. Kunz empfiehlt also als Beweis für eine Gehirnentzündung nach einer FSME-Impfung eine erneute Impfung, die ebenfalls wieder mit einer Gehirnentzündung enden muss, ansonsten es kein Impfschaden durch die FSME-Impfung war! Bleibt nur zu hoffen, dass dieser Ratschlag nicht an alle impfenden Ärzte versandt wurde.

Schutz nach Impfung?

Glaubt man dem Hersteller, so hat seine Impfung eine hohe Wirksamkeit. Die Vorarlberger Nachrichten brachten am 2. März 2002 eine Meldung unter dem Titel: „Die Zecken legen schon wieder los“, in dem es heisst: „Zu 100 Prozent schützt nur die Impfung.“ Jetzt bietet sie also sogar schon einen 100%igen Schutz! Demgegenüber heisst es in den „Virusep. Informationen“ Nr. 03/00 für das Jahr 1999, dass es bei älteren Personen zu „Impfdurchbrüchen“ gekommen sei. Dies sei bedingt dadurch, dass das Immunsystem einem Alterungsprozess unterliegt und auch die Effektivität des immunologischen Gedächtnisses nachlässt. Kritische Augen allerdings sehen hier ganz andere Dinge. Es sind in der Hauptsache sowieso ältere Menschen, die an FSME erkranken, bzw. eine schwerere Form durchmachen. Könnte es hier also nicht sein, dass diese Impfung auch wie die anderen ebenso, keinen „Schutz“ gibt, und man jetzt das Nachlassen des biologischen Gedächtnisses als Sündenbock benutzt? Ein Wirksamkeitsnachweis ist bisher nicht erbracht worden. Es gibt bis heute keine Studie, in der Komplikationen nach der FSME-Impfung mit Komplikationen von FSME-Erkrankungen bei Ungeimpften verglichen werden.³⁹

In Österreich hat die Sozialversicherungsanstalt der Bauern mitgeteilt, dass es zwischen 1984 und 1995 trotz entsprechender Steigerung der Durchimpfungsrate gegen FSME keinen signifikanten Rückgang der FSME-Fälle gegeben hat.⁴⁰ In Deutschland riet eine Krankenkasse allen Versicherten: „Das Risiko, bleibende Schädigungen durch Erkrankung an FSME nach Zeckenbiss liegt in Endemiegebieten bei

1 zu 78'000. Das Risiko nach Impfung zu erkranken, vor allem an neurologischen Störungen unterschiedlichen Schweregrades liegt bei 1 zu 32'000. Somit ist die FSME-Impfung doppelt so gefährlich wie der Biss einer infizierten Zecke. Die medizinische Bedeutung der nach Zeckenbiss etwa 500 bis 1000 mal häufiger als FSME vorkommenden Borreliose wird meist verkannt. Einer von 50 Stichen eines infizierten Tieres führt zu Borreliose. Die FSME-Impfung beugt der Borreliose nicht vor. Wenn Sie gegen FSME impfen, dann nur gegen Unterschrift nach erfolgter Aufklärung.⁴¹

Immunglobuline nach Zeckenstich?

Die schlimmsten FSME-Erkrankungen bei Kindern traten nach FSME-Immunglobulingaben auf.⁴² Bis vor wenigen Jahren war es nach einem Zeckenstich in einem „Zeckengebiet“ noch üblich, innerhalb von 96 Stunden eine sogenannte „Passivimpfung“ durchzuführen. Die Herstellerfirma versprach eine Schutzquote von 60 Prozent. Das arznei-telegramm allerdings gab erheblich niedrigere Zahlen an.⁴³ Bei Kindern, und in einigen Fällen auch bei Erwachsenen, wurden in den 80er und 90er Jahren wegen dieser „Passivimpfung“ sehr schwere FSME-Verläufe beobachtet. Besonders schlimme Verläufe gab es, wenn der Zeckenstich mehr als 48 Stunden vor der Passivimpfung erfolgt war. Das arznei-telegramm berichtete 1996 von mehr als 30 solcher Fälle. Daher ist das Immunglobulin seit 1996 für Kinder unter 14 Jahren nicht mehr zugelassen. Aber auch bei Erwachsenen ist eine Immunglobulingabe riskant. Besser ist es unter allen Umständen, den Stich zu desinfizieren und, falls nötig, einen guten Homöopathen zu konsultieren. Er wird dann zu dem jeweils passenden Mittel raten.

Die Macht der Impfstoffhersteller

Dr. Mayrhofer berichtete 1997, dass in Österreich die Ärzteschaft die Notwendigkeit einer Auffrischimpfung gegen FSME alle drei Jahre anzweifelten. Sie unterstellten der Herstellerfirma Immuno, sie wolle lediglich den Profit erhöhen. Daraufhin drohte ihnen die Immuno mit haftungsrechtlichen Konsequenzen für den Fall, dass bei einem ihrer Patienten eine FSME-Erkrankung auftreten würde. Dr.

Mayhofer nannte dieses Vorgehen ein in der Impfgeschichte einmaliges Drohverfahren.⁴⁴ Hier wird den Ärzten von der Pharma in ihre Kompetenz eingegriffen. Wie gross die Macht der Pharmaindustrie bereits ist, zeigt dieses Beispiel wieder deutlich.

¹ Satz, N., Zeckenkrankheiten, Hospitalis Verlag Zürich

² Satz, N., Zeckenkrankheiten, Hospitalis Verlag Zürich

³ Stjernberg, L., JAMA 2000, Vol 284, Nr. 7, S. 831

⁴ Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (BAG), blauer Infektionsordner

⁵ Schwarz, Auswirkungen der Impfkampagne, 1998-90

⁶ Thomssen R, Schutzimpfungen, Beck Verlag 2001

⁷ Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (BAG), blauer Infektionsordner

⁸ Roggendorf, M., et al, Dtsch Ärztebl 1989

⁹ Simon, A., FSME Virus, Universität Bonn, 1998

¹⁰ Roggendorf, M., et al, Die gelben Hefte 1994

¹¹ Thomssen R., Schutzimpfungen, Beck Verlag 2001

¹² Plotkin & Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd edition, 1999

¹³ Berner Oberländer, 18.3.2002

¹⁴ Satz, N., Zeckenkrankheiten, Hospitalis Verlag Zürich

¹⁵ Plotkin & Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd edition, 1999

¹⁶ Ärzte Krone 3/2003

¹⁷ Ärzte Woche, 5. Februar 2003

¹⁸ Baxter Situationsbericht 2002

¹⁹ Bundesanstalt Statistik, Wien, Angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten von 1997 bis 2001, nach Bundesland aufgeschlüsselt

²⁰ Dtsch Ärztebl 1992, 89(31/32): A-2640

²¹ Schweiz Med Wochenschr 1993, 123 (14): 654-657

²² arznei-telegamm, 1998, S. 51

²³ Hirte, M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001

²⁴ Schweiz Med Wochenschr 1993, 123 (14):654-657).

²⁵ Bundesamt für Gesundheit, Bulletin, 3.12.2001

²⁶ arznei-telegamm 1999, 7:65

²⁷ Bohns, M., et al Lancet 1993, 342 (8865): 239-240

²⁸ Wiethölter H., Risikovergleich FSME-Impfung und FSME Injektion in Palitzsch, Marzelle Verlag München 1994

²⁹ arznei-telegamm 1995, 3:32

³⁰ arznei-telegamm 1995, 3:32

³¹ arznei-telegamm 1992, 5:48

³² Plotkin & Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd edition, 1999

³³ arznei-telegamm, 2000, 31:39

³⁴ Baxter Deutschland GmbH, Heidelberg, Wichtige Mitteilung über TicoVac, 26.3.2001

³⁵ ORF-2-Sendung "Thema" vom 9.4.2000,

³⁶ "Virusep. Informationen 7/1994

³⁷ Virusep. Inform. 7/1994, Seite 2

³⁸ Virusep. Informationen 15/1993

³⁹ Hirte, M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001

⁴⁰ Ziegelbecker R., Graz, 12.6.1997

⁴¹ Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 1. November 1992

⁴² Epid. Bulletin vom RKI 1999, Ratgeber Infektionskrankheiten: FSME

⁴³ arznei-telegamm 1996, 6:62

⁴⁴ arznei-telegamm 1997, 8:86

Hib
Haemophilus influenzae Typ b
Eine durch Impfungen verursachte Krankheit?

Hib ist die Krankheit, die wirklich eine Abkürzung ihres Namens benötigte, heisst sie doch eigentlich voll ausgesprochen: Haemophilus influenzae Typ b. Es handelt sich hier um ein kleines, gramnegatives, unbewegliches Stäbchen, ein Bakterium. Die Inkubationszeit beträgt wenige Tage. Da es keine Epidemien gibt, sind Daten zur Inkubationszeit sehr spärlich, bzw. nicht vorhanden. Die Mikrobe hat als einziges Reservoir den Nasen-Rachenraum des Menschen.

Die Geschichte der Hib-Krankheit

Während der Grippepandemie 1889 isolierte Richard Pfeiffer als erster das Hib-Bakterium aus dem Sputum eines Patienten, der an der Grippe starb. Er meinte, damit den Erreger der Grippe gefunden zu haben. Unter der Bezeichnung „Pfeiffer-Bazillus“ veröffentlichte er seine Entdeckung. Das Bazillus wuchs sehr schlecht auf verschiedenen Medien. Erst während der grossen Grippepandemie von 1918/19 wurde allgemein bekannt, dass dieser neue Bazillus regelmässig in der normalen Bakterienflora des menschlichen Atemtraktes lebte und nicht die Ursache einer Grippe war.

1920 benannten Winslow und seine Mitarbeiter den neuen Organismus um in „Haemophilus influenzae“ als Hinweis auf seinen Bedarf für die Wachstums-Blutfaktoren X und Y. Haemophilus ist griechisch und bedeutet soviel wie blutliebend. Obwohl bereits damals bekannt war, dass der Erreger nichts mit der Influenza gemeinsam hatte, wurde diese irreführende Verkoppelung des Namens Influenza mit den Haemophilus-Bakterien bis heute nicht korrigiert.

Das heutige Verständnis für die Immunologie und Mikrobiologie von Hib basiert auf den Arbeiten von Margaret Pittman aus den frühen dreissiger Jahren. Sie entdeckte 2 verschiedene Gruppen von Erregern: Bekapselte und unbekapselte Bakterienketten. In den bekapselten Ketten fand sie sechs verschiedene Bakterien (antigenically distinct serotypes), sie benannte sie alphabetisch von a bis f. Sie be-

merkte ebenfalls, dass der *Haemophilus influenzae b* primär bei jugendlichen Patienten mit einer Meningitis im Blut, im Gehirn und Rückenmark feststellbar war und bei den Erwachsenen überwiegend als nicht bekapseltes Bakterium im oberen Atmungstrakt.¹

Die Geschichte der Hib-Impfung

Die erste Impfung gegen Hib war eine PRP-Impfung (Polyribosylribitol-phosphat), sie wurde im April 1985 in den USA zuerst für alle Kinder vom 24. bis 59. Lebensmonat zugelassen. Im Dezember 1987 wurde dann die PRP-D-Impfung freigegeben. Sie ist zum Unterschied zur PRP-Impfung an ein Diphtherie-Toxoid-Konjugat gekoppelt. Diese Impfung wurde 1980 von Schneerson und Robbins entwickelt und von Connaught Laboratories hergestellt. Sie war die erste Hib-Impfung, die Kinder ab dem 2. Lebensmonat verabreicht werden konnte.²

Heute sind die Hib-Impfstoffe in der Regel an ein Diphtherie- oder ein Tetanus-Toxoid gekoppelt, oder manchmal auch an ein Keuchhustenbakterium oder an das inaktivierte Poliovirus. Es wird also ein Zuckermolekül aus der Kapsel des Bakteriums geimpft, das an ein Einweissmolekül gebunden wird. Bereits in den siebziger Jahren waren Impfstoffe gegen Hib in Finnland in der Entwicklung. Der eigentliche krankheitserregende Teil bei den kapseltragenden Bakterien ist die hydrophile Polysacharidhülle der Bakterienzellwand, das sogenannte PRP. Da dieses PRP sich jedoch als T-Zell-unabhängig zeigte und nur B-Zellen stimulierte, kam es zu keiner immunologischen Antwort. Kinder unter zwei Jahren, die noch ein sehr unreifes Immunsystem haben, können sowieso und ganz speziell unter diesen Umständen auf gar keinen Fall eine Immunantwort bilden. Außerdem traten die meisten Erkrankungen sowieso vor dem zweiten Lebensjahr auf. Aus diesen Gründen impfte man die Kinder auch erst ab diesem Alter, damit Peinlichkeiten betreffend „Impfversager“ erspart blieben.

Da man sich dieses Mankos in der Wissenschaft sehr wohl bewusst war, entwickelte man eine zweite Generation der Hib-Impfstoffe, die sogenannten Konjugat-Impfstoffe. Bei diesen wird das Kapselpolysaccharid PRP an ein Carrier-Protein gebunden, wozu

sich besonders Diphtherie und Tetanus zu eignen scheinen. Seit es diesen neuen Hib-Impfstoff gibt, sind sämtliche internationalen Gesundheitsbehörden des Lobes voll. Anscheinend haben sie der Menschheit unendliches Leid erspart, sprich viele hundert Erkrankungs- und Todesfalle verhindert.

In Deutschland wurden 1998 knapp 60 Fälle von Meningitis und Epiglottitis gemeldet, wobei in drei von 21 untersuchten Fällen das verantwortliche Bakterium nicht zum Kapseltyp B gehörte, das sind immerhin 14 Prozent. Bei Laboruntersuchungen bei Kindern unter zehn Jahren Hessen sich nur gut 50 Prozent dem Kapseltyp B zuordnen.³ Viel Geschrei also um nichts?

Das Seltsame an dieser Sache ist nur, dass es kein einziges Land mit einem funktionierenden Meldesystem für Hib vor Einführung der Impfung gab. So gehören alle Fälle von „erfolgreich verhinderten Krankheitsausbrüchen“ bei Hib in die Welt der Phantasie. Prof. Dr. W. Stöggmann vom Preyer'schen Kinderspital in Wien gab 1992 zu: „*Jedoch in Österreich bislang keine Meldepflicht für Hib-Infektionen besteht, gibt es leider keine genauen Statistiken über die Häufigkeit von Hib-Infektionen.*“⁴ Diese Aussage lässt sich wortgetreu auf alle anderen Länder übertragen. Was aber die impfbefürwortenden Ärzte nicht abhält, über horrende, verhinderte Erkrankungsfälle zu fabulieren. Hier wäre ein Blick in Richtung Diphtherie- und Tetanus-Impfstoffe zu wagen. Von ihrem Naturell her, bzw. von den biologischen Eigenschaften dieser beiden Krankheitserreger her, kann es grundsätzlich zu keiner Immunität kommen. Die beiden Impfstoffe sind sogenannte Toxoidimpfstoffe, d.h. nicht die Mikrobe als solche wird gespritzt, sondern das Toxoid von ihr, das Gift. Nun Hegt es aber in der menschlichen Natur, nicht gegen Gifte immun werden zu können. Der eine Organismus mag eine etwas höhere Dosis als der andere vertragen, eine Immunität aber kann es nicht geben. Das sehen wir auch bei den Erkrankungen unter den Geimpften. Der Mensch kann mehrmals an Diphtherie oder an Tetanus erkranken. Wenn nun aber die natürliche Erkrankung keine Immunität herstellt, wie kann dann die Impfung einen Schutz geben? (S. Kapitel Tetanus).

Die logische Schlussfolgerung, um wieder auf Hib zurückzukommen, ist also, dass diese Impfung auch nicht funktionieren kann, von

ihrer Eigenart des bekapselten Bakteriums her, von ihrer Koppelung an ein Diphtherie- oder Tetanus-Toxoid, sowie schlussendlich auch vom Hib-Bakterium selber. Denn auch nach einer Hib-Infektion besteht keineswegs eine Immunität. Die Möglichkeit einer Zweiterkrankung ist nicht auszuschliessen. Prof. Dr. I. Mutz aus Leoben (A) sagt dazu; „Selbst nach einer Haemophilus-Infektion, etwa nach einer Haemophilus-Meningitis, sind nach der Krankheit beim Säugling keine Antikörper nachweisbar.“⁵ Ob Prof. Mutz uns wohl erklären kann, wie dann die Impfung eine Immunität erzeugt?

Die Haemophilus-Bakterien bevölkern bei bis zu fünf bis zehn Prozent der gesunden Menschen den Rachenraum, ohne sie je krank zu machen. Sollten wir uns nicht endlich besinnen und die wirklichen Hintergründe einer Erkrankung wahrnehmen?

Epidemien von Hib sind noch nie vorgekommen, da die Krankheit bestimmte Bedingungen benötigt, so wie jede Krankheit übrigens. Höchstens sind innerhalb von 30 Tagen im selben Haus Krankheitsfalle aufgetreten, was aber wieder für die gleichen Bedingungen spricht.

Die Behandlung von Hib

Die schulmedizinische Behandlung dieser Krankheit besteht in der Abgabe von Antibiotika. In den USA werden zudem alle Personen in einem Haushalt mit Hib-Kranken prophylaktisch mit Antibiotika behandelt, wenn sich eine ungeimpfte Person, jünger als vier Jahre, dort befindet. Da es bei Hib, wie schon erwähnt, nicht zu Epidemien kommt, und Ungeimpfte wie Geimpfte gleichermassen betreffen kann, ist die prophylaktische Antibiotikagabe nichts anders zu verstehen, als ein Mittel, um einerseits die Angst in der Bevölkerung zu schüren, und andererseits den Verdienst durch den Verkauf von Antibiotika zu erhöhen. Antibiotika schwächen, genauso wie Impfungen, unser Immunsystem. Wenn man also Angst vor einer Erkrankung hat, wird von Medizinerkreisen noch zusätzlich paradoxerweise unser Immunsystem destabilisiert. Wie kann es nur möglich sein, Medizin und Gesundheit so falsch zu verstehen?

Hib beginnt bei unseren Kindern meist mit Halsschmerzen und Fieber. Sie sind weinend und müde, verweigern die Nahrung und

erbrechen. Bei entsprechender Behandlung im Anfangsstadium wird ein Fortschreiten der Erkrankung vermieden. Man sollte daher den Körper so schnell wie möglich „entgiften“ und die Durchblutung anregen, z.B. mit Fussbädern, Schwitzen, Einlaufen, Waschungen, etc. Ebenfalls ist es von Vorteil, wenn man jetzt schon mit einer homöopathischen Behandlung beginnt. So wird die Krankheit im Anfangsstadium bekämpft und beseitigt, ohne dass das Kind an den Folgekomplikationen von Hib erkranken wird.

Es ist äusserst wichtig zu wissen, dass Hib keine Gehirnhautentzündung (Meningitis) oder eine Kehlkopfdeckelentzündung (Epiglottitis) ist. Sondern Hib ist eine Krankheit, die sich im Normalfall wie eine starke Erkältung zeigt. Nur wenn der Patient schon vor Ausbruch der Krankheit geschwächt war, z.B. durch vorangegangene Impfungen, falsche Ernährung, etc., dann können als Komplikation der Hib-Erkrankung eine Gehirnhautentzündung oder eine Kehlkopfdeckelentzündung auftreten. Es ist wie bei allen anderen Krankheiten auch. Masern z.B. kann auch zu einer Gehirnhautentzündung führen, aber nicht jedes Kind, das Masern hat, erkrankt automatisch an einer Gehirnhautentzündung.

Ca. 90 Prozent aller Erkrankungen treten vor dem sechsten Geburtstag, ca. 75 Prozent vor dem zweiten Geburtstag, und ca. 50 Prozent vor dem ersten Geburtstag auf. Ab dem sechsten Lebensjahr stellt der Organismus genug Abwehrkräfte zur Verfügung, um eine Infektion abzuwehren.⁶ In einigen Ländern denkt man laut darüber nach, die Hib-Impfung auch älteren Menschen zu verabreichen sowie Kochenmarktransplantierten und AIDS-Patienten. Ist es sinnvoll und ratsam, älteren und immungeschwächten Menschen durch medizinische Massnahmen die Immunabwehr noch mehr zu schwächen?

Als Komplikation einer Hib-Erkrankung können, wie bereits oben erwähnt, in den ersten 12 bis 24 Lebensmonaten eine Gehirnhautentzündung und im zweiten bis dritten Lebensjahr eine Kehlkopfdeckelentzündung auftreten.

Risikofaktoren

Dass die Krankheit nicht alle Kinder befällt, sondern nur bestimmte „Risikogruppen“, lässt sich anhand von offiziellen Daten bestäti-

gen. *Es ist also wieder einmal das Milieu, und nicht die Mikrobe, die uns krankmacht.* Man weiss, dass die Krankheit vermehrt in den Monaten September bis März auftritt, in einer Jahreszeit also, in der unser Immunsystem durch wenig Sonne, kaltes, nasses Wetter und auch weniger Vitamine in der Nahrung strapaziert wird. Populationen, in denen die Krankheit vermehrt auftritt, sind z.B. in den USA Alaska (Kinder vom 4. bis 7. Lebensmonat), bei den Indianern, wie Navajo (4. bis 5. Lebensmonat), Apachen (4. bis 6. Lebensmonat). In den USA selber sind die übrigen Kinder bereits älter als 12 Monate, wenn sie erkranken, ebenso in Finnland, wo die Erkrankung sogar in einem noch späteren Lebensalter auftritt. Bei schwarzen Kindern in den USA tritt Hib zwei- bis viermal häufiger auf, als bei weissen Kindern, ebenso bei Indianern, Eskimos und Hispanics. Zudem treten dort mehr als 50 Prozent der Hib-Fälle in Kinderkrippen und Tageseinrichtungen auf. Dieser Trend zeichnet sich auch bei uns in Mitteleuropa ab. Verschiedene Studien zeigen einen klaren Zusammenhang zwischen der Erkrankungshäufigkeit und den sozioökonomischen Verhältnissen in den Familien. Kinder, die in engen Wohnverhältnissen mit vielen Familienangehörigen wohnen, dazu noch in dicht besiedelten Gebieten, erkranken häufiger an Hib. Andere Faktoren wie z.B. ein geringes Einkommen in der Familie, sowie eine geringe Bildung der Eltern spielen ebenfalls eine Rolle.⁷ Dies alles macht wieder ganz deutlich, dass das Hib-Bakterium zwar überall vorkommt, jedoch nicht jeder Betroffene auch erkranken muss. Vielmehr haben wir es selber in der Hand, ob wir gesund bleiben oder krank werden.

Studien aus Schweden und Finnland bestätigen in aller Deutlichkeit den positiven Effekt des Stillens auf den Ausbruch der Krankheit. Bereits 1989 kam die erste Studie aus Finnland und 1997 wurde sie durch eine andere schwedische Studie von Silferdal bestätigt, welche zeigte, dass bei Kindern, die mindestens sechs Monate voll gestillt werden, eine Hib-Erkrankung unwahrscheinlich ist. Diese Schutzstoffe, die das Kind durch die mütterliche Milch erhält — ohne dass die Mutter die Krankheit selber durchgemacht hat! - , halten bis in das zehnte Lebensjahr an.^{8,9}

Verschiedene Krankheiten machen das Kind automatisch anfälliger für Hib, so z.B. die Sichelzellenanämie, sie kommt fast aus-

schliesslich bei Menschen mit schwarzer Hautfarbe vor. Patienten ohne Milz, sowie bei Hämoglobinopathien, d.h., wenn die Bildung der roten Blutkörperchen gestört ist, sind ebenfalls Risikofaktoren. Ebenso besteht eine erhöhte Gefahr bei Morbus Hodgkin während der Chemotherapie. Kinder in Krippen haben ein erhöhtes Risiko, an Hib zu erkranken. Nach einer US-Studie gehörten 50 Prozent der Erkrankten zu dieser Gruppe.¹⁰ Frühgeborene haben ebenfalls ein erhöhtes Krankheitsrisiko, weil die Mutter in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft Schutzstoffe an das Kind übergibt. Hier ist es also ausserordentlich wichtig, dass Frühgeborene gestillt werden.¹¹ Natürlich könnte man jetzt mit der Impfung als Argument für alle Frühgeborenen kommen. In einer Studie hat sich allerdings gezeigt, dass Frühgeborene selbst nach einer vierten Dosis Impfstoff keine vermehrten Antikörper im Blut haben.¹²

Wie wir unschwer erkennen können, ist in jedem einzelnen Fall hier das Immunsystem der Betroffenen stark eingeschränkt. Erst dann und auch nur dann kann es zu einer Erkrankung kommen. Wenn die Krankheit wirklich so leicht zu bekommen wäre, müssten viel mehr Kinder daran erkranken, da viele Menschen Träger der Hib-Bakterien sind, aber gesund bleiben. Wie wir gesehen haben, spielen ebenfalls genetische Faktoren (Eskimos, Indianer) eine Rolle. Wenn nun die Risikofaktoren sich summieren, ist die Gefahr zu erkranken ungleich höher. Leider ist diese aber praktisch bereits vorprogrammiert. So entsteht ein Teufelskreis aus genetischen Faktoren, verschiedenen Grundkrankheiten, sowie sozioökonomischen Verhältnissen. Hier ist es an den Regierungen der verschiedenen Länder, diesen Teufelskreis mittels gesundheitlicher und sozialer Massnahmen zu durchbrechen. Was schlussendlich nicht nur der Häufigkeit von Hib ein Ende setzen wird, sondern eine ganze Reihe von positiven Effekten nach sich zieht, was im Endeffekt Konsequenzen bis hin z.B. in die Kriminalitätsraten haben wird. Das Ganze wäre finanziell sinnvoller als eine Impfung, die alle Beteiligten sehr viel kostet, aber in keiner Weise einen positiven Einfluss auf die Krankheit selber hat, geschweige denn sie verhindert. Es stellt sich auch die Frage, ob nach dem oben Gesagten eine Gefahr für unsere Kinder in Mitteleuropa zu deuten ist. Bei uns herrschen andere Bedingungen.

Warum tritt Hib vermehrt erst seit etwa 60 Jahren auf ?

Scheinbar stellt sich niemand die Frage, warum in den entwickelten Ländern, wie z.B. Europa, in den letzten 60 Jahren die invasiven Infektionen (*invasiv: in den Körper eindringende Mikroben meist Bakterien*) enorm zugenommen haben. Smith und Haynes haben als erste Ergebnisse veröffentlicht, die zeigen, dass allein von 1942 bis 1968 ein 399-prozentiger Anstieg in der Häufung von invasiven Hib-Infektionen erfolgt ist.¹³ Diese Ergebnisse wurden von anderen Autoren bestätigt.¹⁴ Als einzigen Faktor, der dafür in Frage kommt, ist die DPT-Impfung zu nennen. Denn die Zahl der Säuglinge hat in diesen Jahren nicht zugenommen und auch sonst haben keine nennenswerten Veränderungen stattgefunden. Doch seit dieser Zeit gibt es bei uns Massenimpfungen gegen DPT. Noch ein Punkt spricht für diese These: Schweden hatte 1979 die Keuchhustenimpfung unterbrochen um Untersuchungen in die Wege zu leiten, betreffend Wirksamkeit und Nebenwirkungen. Die Untersuchungen wurden abgebrochen, und die Keuchhustenimpfung nicht eingeführt, da von 2800 Kindern 11 invasive Krankheiten bekamen und vier Kinder verstarben. In der Kontrollgruppe verstarb kein Kind und auch keines hatte eine invasive Infektion.¹⁵ Der Häufigkeitsgipfel invasiver Erkrankungen bei Kindern zwischen dem sechsten und dem 11. Lebensmonat, der sich nach zwei oder drei DPT-Impfungen ergibt, wird von unseren Medizinern als normal angesehen und auch nicht bestritten.

Craighead berichtete bereits 1975 über eine Verschlümmierung von Krankheiten nach Impfungen mit inaktivierten viralen oder bakteriellen Impfstoffen, den sogenannten Totimpfstoffen.¹⁶ Ein weiterer Beweis für diese These dürfte wohl auch sein, dass in Japan nach der Heraufsetzung des Impfalters von wenigen Monaten auf zwei Jahre plötzlich die Häufigkeitskurve von den invasiven Krankheiten bei den zwei- bis dreijährigen in die Höhe schnellte¹⁷ In Schweden verdreifachte sich die Zahl an schweren Lungenentzündungen zwischen 1981 und 1996, also nach Einführung der Hib-Impfung. Die Gesamthäufigkeit an bakteriellen Hirnhautentzündungen hat hingegen kaum abgenommen.^{18,19,20}

1992 veröffentlichten Griffin und seine Mitarbeiter einen Artikel, in dem sie eine deutliche Häufung invasiver bakterieller Infektionen,

einschliesslich Hib, innerhalb der ersten sieben Tage, zwischen dem achten und 14. Tag und dem 15. bis 28. Tag nach der DPT-Impfung feststellten. Diese Häufigkeit erreichte bei der Altersgruppe zwischen sechs bis 11 Monaten ihren Höhepunkt.²¹ Durch diese frühe und umfassende Impferei, die daraus resultierende Infektanfälligkeit und die Antibiotikagaben werden die Immunsysteme unserer Kinder geschwächt und gefährliche Erreger geradezu selektioniert. Wir sollten also anstelle dieser Massnahmen lieber auf eine gesunde Ernährung, Stillen und Hygiene achten.

Haben wir uns also die Hib-Erkrankungen künstlich selber geschaffen? Und versuchen wir jetzt mit einer Impfung eine Symptombehandlung, die niemals ihr Ziel erreichen kann, weil wir uns inmitten einer unglückseligen Kettenreaktion befinden, die von den impfenden Ärzten aufrecht erhalten wird?

Ein Hib-freies Finnland dank der Impfung?

Immer wieder wird den impfmüden Eltern als gutes Beispiel Finnland vorgestellt. Dort sind ja scheinbar dank unermüdlicher Impfaktionen unter den Kleinkindern die Hib-Erkrankungen völlig verschwunden. Schauen wir uns die Wirklichkeit in Finnland etwas näher an:

1986/87 wurden die ersten Hib-Impfungen in diesem nördlichen Land eingeführt. Sie bestanden aus drei Dosen PRP-D im dritten, vierten und sechsten Lebensmonat und einer Zusatzimpfung im 14. bis 18. Lebensmonat. Es bestand eine 50-prozentige Durchimpfungsrate. 1988/89 wurden allen Säuglingen im vierten und sechsten Lebensmonat zwei Dosen verabreicht. Seit 1990 nun wird nur noch PRP-T allein im vierten und sechsten Lebensmonat geimpft. Die Hib-Impfungen wurden immer zur selben Zeit mit den anderen Routineimpfungen verabreicht, lediglich an einer anderen Körperstelle. Über 90 Prozent der Babys wurden geimpft. Bei diesen Angaben der Durchimpfungsichten muss man sehr vorsichtig sein. Eigentlich handelt es sich hier lediglich um grobe Schätzungen. Der einzige, der hier Licht in das Dunkel, sprich exakte Zahlen angeben könnte, wäre der Impfstoffhersteller indem er die genaue Zahl der verkauften Dosen angeben würde. Die Pharmaunternehmen aber hüllen sich in vor-

nehmes Schweigen.

Zwischen 1950 und 1954 und 1980 und 1984 stieg die Zahl der Hib-Meningitis-Fälle (Gehirnhautentzündung durch Hib) bei Kindern zwischen null und vier Jahren in Finnland um 130 Prozent. Zwischen 1946 und 1950 sowie 1976 und 1980 sogar um 270 Prozent. Nach diesen „Gipfeljahren“ gingen die Fälle kontinuierlich zurück: 22 in 1987, 9 in 1988, 4 in 1989 und 3 in 1990. 1991 gab es keinen Hib-Meningitis-Fall.²² Niemand stellt sich die Frage, warum bei den ungeimpften Kindern auch kein Hib aufgetreten ist! Da die Geimpften, angenommen die Impfung würde wirken, trotzdem Hib-Träger sein können, hat die Anzahl der Mikroben in der Bevölkerung also nicht abgenommen.

Ähnliche Studien gibt es aus Island und aus England.²³ Auch dort wäre zu erwarten gewesen, dass es nach über 90 Prozent Durchimpfung gegen Hib nur noch Fälle von ungeimpften Kindern geben müsse. Warum Hib in manchen Ländern fast gänzlich verschwunden ist, dürfte andere Gründe haben als die Impfung. Es handelt sich nämlich eher um eine Verschiebung der Meningokokken-Serogruppen-B-Krankheit in Nordwesteuropa. Eine Überprüfung in Norwegen, den Niederlanden, Island, auf den Färöer-Inseln, in Dänemark, England und Wales hat ergeben, dass der Stamm Neisseria meningitidis vom Typ B:15:P1.16 häufiger geworden ist und zu einem Anstieg der Häufigkeit von Meningokokken-Krankheiten geführt hat. Durch die Impfung gegen Hib ist also diese Krankheit keineswegs verschwunden, sondern sie hat sich lediglich auf eine andere Schiene verlagert. ²⁴Peltola stellte nach Untersuchungen fest, dass die Zahl der invasiven Infektionen, einschliesslich Gehirnhautentzündung, sich in Finnland nicht verringert habe, sondern jetzt, statt mit kapsulärem Hib verbunden zu sein, bei den geimpften Kindern mit dem nicht kapsulären Hib vorkommt.²⁵ Diese Daten werden den Eltern vorenthalten, statt dessen zeigt man uns Graphiken von Krankheitsrückgängen in Korrelation mit Impfungen.

In das gleiche Schema passt auch der Artikel von Michaels und Ali, den sie 1993 veröffentlichten, der eine Häufung der Hib-Krankheit von 1976 und 1977 zeigt, gefolgt von einem rapiden Rückgang der Krankheit vor Einführung der Impfung. Dieser sturzartige

Rückgang zeigte sich besonders in der Altersgruppe, die gar nicht geimpft waren.²⁶ Hier ist also die Hib-Impfung nach dem Rückgang der Krankheit eingeführt worden. Doch wer von den Eltern weiss das schon? Und welcher impfende Arzt ist darüber informiert?

Die „Wirksamkeit“ der Hib-Impfung

Der erste Impfstoff gegen Hib, der 1985 freigegeben wurde, erhielt seine Lizenz übrigens nicht aufgrund klinischer Untersuchungen in den USA, sondern man nahm eine finnische Studie als Grundlage. Diese Studie von Peltola und seinen Mitarbeitern wird noch heute gerne von Impfbefürwortern zitiert.²⁷ Nehmen wir diese Studie etwas näher unter die Lupe: Eine „Schutzwirkung“ der Impfling blieb bei Kindern unter 24 Monaten aus (da man erst ab diesem Alter impfte), in diesem Alter aber treten etwa 75 Prozent der Hib-Hirnhautentzündungen auf. An der Studie nahmen zwei Gruppen von je 48'977 Kindern zwischen drei Monaten und fünf Jahren teil. Sinnigerweise erhielt die Kontrollgruppe kein Placebo, sondern einen Mengingokokken-A-Impfstoff. So hatte man diesen Impfstoff also auch gleich mitgetestet, wie praktisch! Solcherart gestaltete Studien sollen helfen, die Nebenwirkungen zu verschleiern, da die Kinder der Kontrollgruppe ebenfalls sämtliche chemischen Bestandteile des zu testenden Impfstoffes erhielten. Aus der Studie ging hochoffiziell hervor, dass der Impfstoff zu 90 Prozent wirksam war, nicht jedoch bei Kindern vom dritten bis zum 17. Lebensmonat. Da die Krankheit jedoch hauptsächlich bei den unter zweijährigen auftritt, ist diese Studie geradezu lächerlich. Das ist das Gleiche, wie wenn man einem Bergsteiger einen Rettungsring mitgibt, den er dann mangels Wasser zwar nicht brauchen kann, aber dennoch hat sich statistisch erwiesen, dass Rettungsringe in den Bergen zu 100 Prozent wirksam sind.

Vorsichtigerweise untersuchte man nur 1000 der Kinder, d.h. je 500 pro Gruppe, auf Reaktionen und 499 auf gebildete Antikörper. Ernsthaftige Nebenwirkungen gab es angeblich keine, obwohl ein Kind eine anaphylaktische Reaktion hatte. Wenn man diese Rate auf 1'000 Kinder bezieht, so ist sie alles andere als gering. Da die mangelnde Wirksamkeit nebst der Pharma auch den Eltern auffiel, wurde schliesslich im Dezember 1987 der Hib-Impfstoff PRP-D in den USA

zugelassen. Für diese Zulassung bedurfte es wieder keinerlei amerikanischer Studien, sondern man nahm erneut eine finnische Studie als Kriterium.²⁸ Diesmal nahmen 30'000 Kinder an der Studie teil, von vorsichtshalber wiederum nur 99 einer Nachuntersuchung unterzogen wurden. Ausserdem handelte es sich auch hier nicht um eine echte Studie, da die Kontrollgruppe drei DPT- und Polioimpfungen erhielt. Es traten 20 schwere Nebenwirkungen auf, z.B. hatte ein drei Monate altes Baby 12 Stunden nach der Impfung schwere Krämpfe und ein Baby reagierte drei Stunden nach der Impfung gar nicht mehr. Es wurde in der gegen Hib geimpften Gruppe bei 40 Prozent eine erhöhte Reizbarkeit gegenüber 23 Prozent von der Kontrollgruppe berichtet. Obwohl hier ja nicht vergessen werden darf, dass die Kontrollgruppe ebenfalls vier Impfungen erhalten hatte. Trotz allem wurde diese Studie von Eskola damals und auch heute noch als der Beweis für die Wirksamkeit und Unschädlichkeit der Hib-Impfung angesehen.

Die USA berufen sich also bei der Zulassung auf finnische Studien, die bei näherer Betrachtung keineswegs einen auch nur annähernden Schutz zeigen. Die deutschen und Schweizer Behörden beriefen sich auf die USA und die Österreicher schlussendlich beriefen sich auf die deutschen und Schweizer Behörden. Das ganze Szenario ist lächerlich, die Betroffenen erkennen es aus welchen Gründen auch immer nur nicht. Es ist mit einem Haus zu vergleichen, dessen Fundament morsch ist.

In einer neueren Studie wurde aufgezeigt, dass die Rate an invasiven Hib-Infektionen in England wieder angestiegen ist, und das trotz einer weitgehend durchgeföhrten Impfung. Die Schutzrate in den ersten beiden Lebensjahren sei 2000 und 2001 substanzial niedriger gewesen als früher, hiess es.²⁹ Als Grund wird die Kombination mit dem Keuchhustenimpfstoff angegeben.

Geimpfte erkranken häufiger

Viele Studien zeigten schon kurz nach Beginn der Einführung dieser neuen Impfung aus der zweiten Generation, dass es nicht nur ein totales Fehlen jeder Wirksamkeit gab, sondern dass ein sogenanntes „Fenster“ von zwei bis drei Wochen nach der Impfung existierte,

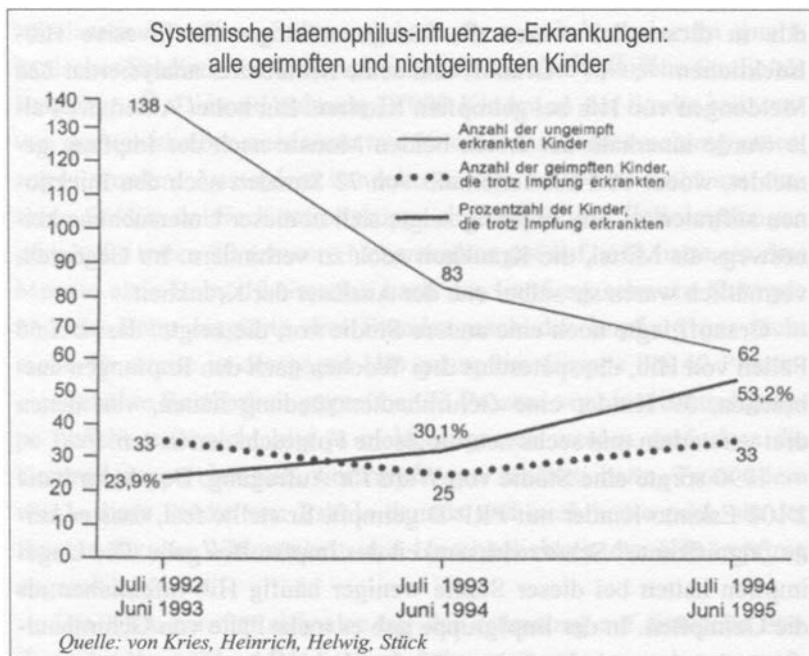
d.h. in dieser Zeit waren die Kinder anfälliger für invasive Hib-Infektionen.^{30,31,32} Granoff und seine Mitarbeiter analysierten 228 Meldungen von Hib bei geimpften Kindern. Ein hoher Anteil der Fälle wurde innerhalb der ersten beiden Monate nach der Impfung gemeldet, wobei 10 Fälle innerhalb von 72 Stunden nach den Infektionen auftraten.³³ Die Impfung zeigte sich in dieser Untersuchung keineswegs als Mittel, die Krankheit auch zu verhindern. Im Gegenteil, vermutlich waren sie selber erst der Auslöser der Krankheit.

Granoff legte noch eine andere Studie vor, die zeigte, dass bei 55 Fällen von Hib, die spätestens drei Wochen nach den Impfungen ausbrachen, 39 Kinder eine Gehirnhautentzündung hatten, von denen drei verstarben und sechs neurologische Folgeschäden hatten.³⁴

1990 sorgte eine Studie von Ward für Aufregung. Der Autor hatte 2'102 Eskimo-Kinder mit PRP-D geimpft. Er stellte fest, dass es keine „signifikante“ Schutzwirksamkeit des Impfstoffes gebe. Die Ungeimpften hatten bei dieser Studie weniger häufig Hib-Infektionen als die Geimpften. In der Impfgruppe gab es mehr Fälle von Gehirnhautentzündungen und plötzlichem Kindstod als in der Kontrollgruppe.³⁵ Bei all diesen Ergebnissen der Studien muss man sich zwangsläufig fragen, wie denn die Studie aus Finnland entstehen konnte, die dem Impfstoff eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit attestierte. Schliesslich ist sie der Grundstein, auf dem diese Impfung in den meisten westlichen Ländern eingeführt wurde.

Die vermutlich schlimmste und skrupelloseste Studie mit dem Hib-Impfstoff wurde von Juli 1988 bis August 1990 an ca. 5'000 Kindern von Navajo-Indianern in den USA durchgeführt. 2'602 Navajo-Kinder befanden sich in der Kontrollgruppe. Sie erhielten als „Placebo“ den DPT-Impfstoff sowie eine Polio-Spritzimpfung. Die Impfgruppe, bestehend aus 2'588 Kindern, erhielt den Hib-Impfstoff mit der DPT-Impfung und der Polio-Schluckimpfung. Die erste Dosis wurden zwischen dem 42. und dem 90. Lebenstag der Kinder, die zweite zwischen dem 70. und 146. Lebenstag verabreicht. Die durchschnittliche Dauer der Nachbeobachtung betrug 269 Tage. Alles was danach mit den Kindern geschah, hatte also nach offiziellen Angaben nichts mehr mit der Impfung zu tun.

Am 2. August 1990 wurde das Experiment beendet, weil in der

**Bild 08**

Impfgruppe Hib, Gehirnhaut- und Lungenentzündungen bei 17 auf 1000 Kindern auftraten, sowie neun Fälle von schweren Krämpfen. In der „Kontrollgruppe“ gab es Nebenwirkungen bei 22,8 auf 1000 Kindern, wobei sieben Kinder schwere Krämpfe hatten.

In beiden Gruppen gab es außerdem je acht Todesfälle, 104, bzw. 106 Krankenhausaufenthalte, etliche virale Infektionen und Krämpfe.³⁶ Diese vielen Fälle von invasiven Krankheiten in beiden Gruppen zeigen ganz deutlich, dass es durch die Unterdrückung des Immunsystems erst zu solchen Krankheiten kommen konnte. Die Autoren berücksichtigten in ihrer Auswertung nicht, dass die Todesfälle und die Krämpfe in beiden Gruppen fast identisch waren. Sie kamen schlicht zum Schluss, dass es zwischen den Impfungen und den Todesfällen keinen Zusammenhang gebe, obwohl die Rate zweimal so hoch war wie bei völlig ungeimpften Kindern.

Die obenstehende Graphik aus Deutschland zeigt deutlich, dass die gegen Hib geimpften Kinder vermehrt an Hib erkranken als die Ungeimpften. Von Juli 1992 bis Juni 1995 wurden die Erkrankungs-

zahlen sowie der Impfstatus bekannt gegeben. Von Juli 1992 bis Juni 1993 gab es 138 Erkrankungsfälle, davon waren 33 Fälle geimpft (23,9 Prozent). Von Juli 1993 bis Juni 1994 waren es 84 Hib-Fälle, wovon 25 geimpft waren (30,1 Prozent). Schliesslich erkrankten von Juli 1994 bis Juni 1995 62 Menschen an Hib, wovon wiederum 33 geimpft waren (53,2 Prozent).³⁷ Hier erübrigts sich jeder Kommentar, die Zahlen dürften für sich sprechen!

Die Nebenwirkungen der Impfung

Als Nebenwirkungen der Hib-Impfung können auftreten: Örtliche Reaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerz, Reizbarkeit, ungewöhnliches schrilles Schreien, Fieber, Wundsein, Ausschläge, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall, Mittelohrentzündung, Krampfanfälle, Guillain-Barre-Syndrom, allergische Reaktionen, Kopfschmerzen, Diabetes, Kollaps, Hib, Gehirnhautentzündung, Atemwegserkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, neurologische Komplikationen wie Gefühlsstörungen, Lähmungen, Hirnhautentzündung, plötzlicher Kindstod.

Classen veröffentlichte 1998 eine Studie, die zeigte, dass die gegen Hib geimpften Kinder ein signifikant erhöhtes Risiko haben, einen Diabetes Typ I zu bekommen. Er kam zu dem Schluss, dass bis zum zehnten Lebensjahr ein an Diabetes erkranktes Kind auf 1'724 Geimpfte kommt. Das ist eine hohe Zahl.³⁸ Eine finnische Studie an 250'000 Kindern, die diesen Zusammenhang widerlegen wollte, konnte wegen methodischer Mängel nicht gewertet werden.

In der Zeit von Juni 1990 bis Ende 1993 sind in Deutschland dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) allein 514 aufgetretene Nebenwirkungen nach der Hib-Impfung gemeldet worden. 260 Fälle davon stammten aus Deutschland, die übrigen vor allem aus den USA, Kanada und England. Das Spektrum reichte von Lokalreaktionen, verschiedenen systemischen Reaktionen einschliesslich neurologischer Störungen und allergischer Reaktionen bis zum Auftreten von Todesfällen im zeitlichen Zusammenhang mit einer Hib-Impfung.³⁹ Die gemeldeten Fälle schlossen auch das Auftreten von Infektionen, einschliesslich der Hib-Krankheit nach dieser Impfung mit ein. Im Diagramm auf Seite 182 sehen wir ganz deutlich, dass die Nebenwirkungen je-

des Jahr zunahmen. Sie hielten genau Schritt mit der Zunahme der Durchimpfungsrate in der Bevölkerung. Die Tabelle auf der Seite 183 zeigt eine genaue Auflistung der verschiedenen „unerwünschten Reaktionen“, wie sie vom PEI aufgestellt wurden. Als Reaktion auf diese grosse Zahl von Nebenwirkungen kam die beruhigende Erklärung des PEI, es handele sich schliesslich um eine geringe Zahl von Fällen.

Wenn man jedoch die Zahl der an Hib-Erkrankten mit schweren Komplikationen mit der Zahl der gemeldeten Nebenwirkungen vergleicht, dann gab es mehr Fälle von Nebenwirkungen, als Fälle von Hib-Komplikationen nach normalen Erkrankungen. Ausserdem betont das PEI ja immer ausdrücklich, dass es sich bei den gemeldeten Fällen lediglich um fünf Prozent der tatsächlichen Nebenwirkungsfälle handeln würde, da längst nicht alle UAW (unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen) gemeldet würden.⁴⁰

Immer wieder wird von Diabetes-Fällen nach der Hib-Impfung berichtet, so auch nach dem neuen konjugierten Impfstoff. In den USA und mehreren westeuropäischen Ländern ist das Erkrankungsrisiko parallel zur Einführung der Hib-Impfung stark angestiegen, in Finnland beispielsweise um 60 Prozent, in den USA um 20'000 - 27'000 Fälle innerhalb von 10 Jahren.⁴¹ Je mehr Impfdosen von Hib verabreicht wurden, um so wahrscheinlicher wurde eine Diabeteserkrankung bei dem Kind.^{42,43,44}

Bereits 1971 gab es die ersten Berichte, dass Hib vermehrt auch nach der Keuchhustenimpfung auftritt. Im Jahr 1997 kam es in Italien zu einem Verbot der in Deutschland verwendeten Impfstoffe wegen der möglichen Gefahr der BSE-Erkankung durch die Impfung.⁴⁵ Im

Impfschäden nach Hib-Impfung in Deutschland, gemeldet dem Paul-Ehrlich-Institut im Zeitraum von Juni 1990 bis Ende 1993.

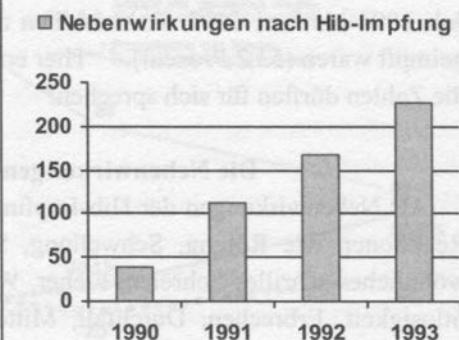


Bild 09

**Auflistung der Impfschäden nach
Hib-Impfung gemeldet dem
Paul-Ehrlich-Institut im Zeitraum
von Juni 1990 bis Ende 1993**

Nebenwirkungen	Anzahl
Allergische Reaktionen	76
Tod	64
Fieber	101
Andere Nebenwirkungen	46
Nebenwirkungen durch die Injektion	52
Nebenw. an Herz- und Kreislauf	18
Nebenwirkungen am Verdauungstrakt	42
Hämatologische und lymphatische Nbw.	22
Metabolische und endokrine Nebenw.	3
Nebenw. im Bereich der Skelettmuskulatur	19
Nebenw. im Bereich des Nervensystems:	
Krampf ohne Fieber	49
Fieberhafter Krampf	22
Andere	63
Respiratorische Nebenwirkungen	31
Nebenwirkungen an der Haut	21
Nebenwirkungen im Urogenitalsystem	4
Infektionen:	
Hib-Meningitis	81
Hib-Infektionen (keine Meningitis)	41
Andere (ohne Hib-Infektionen)	50

Bild 10

Auf diese Studien wird das „arznei-telegramm“ wohl noch eine Weile vergebens warten müssen. Denn diese werden während der Anwendung an unseren Kindern getestet. Bis jetzt hat auch noch niemand an dieser Vorgehensweise Anstoß genommen. Eigentlich sollte ein Medikament - und ein Impfstoff ist nichts anderes - vor der Anwendung getestet sein. Ob die Eltern dazu gerne ihre Kinder zur Verfügung stellen werden?

deutschsprachigen Raum wurde diese Tatsache den Eltern gegenüber mit keinem Wort erwähnt. Man hätte die „Impf-moral“ senken können!

Das deutsche „arznei-telegramm“ beklagt sich, dass für die neue Sechs-fach-Kombination Hexavac und Infanrix **Hexa Studien mit klinischen Endpunkten fehlen würden. Wie sich die verminderten Antikörperkonzentrationen gegen Hepatitis B und Hib auf den tatsächlichen Schutz vor Erkrankungen auswirken, bleibe - so das „arznei-telegramm“ - so lange offen, bis Ergebnisse aus Langzeitstudien mit klinischen Endpunkten existierten.⁴⁶**

Zusatzstoffe der Hib-Impfung

In Deutschland wurde die Impfung Anfang März 1990 eingeführt, in der Schweiz im Mai 1990 und in Österreich 1992. Geimpft wird, je nach Land, ab dem zweiten bzw. dem dritten Lebensmonat. Wird ein Kind jedoch erst nach dem 18. Lebensmonat geimpft, genügt angeblich eine einzige Impfung. Dies ist ein deutlicher Hinweis, dass das Immunsystem vor diesem Zeitpunkt nicht ausgereift ist.

Der Impfstoff enthält, je nach Hersteller: Gereinigtes Kapselpolysaccharid von *Haemophilus-influenzae* Typ B (etwa 25 Mikrogramm) der an ein gereinigtes D-Toxoid (18 Mikrogramm) oder ein T-Toxoid gebunden ist. Ausserdem sind noch Thiomersal, Aluminiumhydroxyd und Phenoxyäthanol enthalten.

In Alaska fand man bei zehn Prozent der geimpften Kinder noch Hib-Bakterien im Rachenabstrich und seit 1996 kommt es dort wieder trotz intensiven Impfungen zu einer Zunahme von Hib-Infektionen.⁴⁷ 1998 erkrankten in den Niederlanden trotz vorschriftsmässiger Impfung fünf Kinder sehr schwer an Hib.⁴⁸ Auch in Deutschland ist regelmässig ein sehr hoher Prozentsatz an Kindern betroffen, die vollständig geimpft sind. 1997 beispielsweise waren von 27 Erkrankungen sechs vollständig und zwölf teilweise geimpft.

⁴⁹ Man fand bei einigen Studien, dass sich bei Kindern, die mit einer Hib-Meningitis in das Krankenhaus eingeliefert wurden, sehr hohe Titer, d.h. Antikörper gegen Hib nachweisen Hessen, und während des Spitalaufenthaltes kam es zu keinem erneuten Anstieg. Das heisst also, dass ein hoher Antikörperanteil nicht vor einer Krankheit schützt, bzw. dass ein geringer Anteil von Antikörpern uns nicht unbedingt krank macht. Es gibt sogar Kinder, die jünger als ein Jahr sind und Antikörper gegen Hib besitzen, ohne eine Hib-Meningitis je durchgemacht zu haben. Nelson sagte 1979: „*Es ist zur Zeit noch nicht klar, warum die Mehrzahl der Kinder, die von einer *Haemophilus-influenzae*-Meningitis genesen ist, nur niedrige Spiegel von Serum-Antikörpern gegen *Haemophilus-influenzae* aufweisen.*“⁵⁰

Die Rolle des immunologischen Gedächtnisses und anderer Immun-Mechanismen bei der Hib-Erkrankung sind der Wissenschaft noch völlig unklar, wie auch bereitwillig zugegeben wird.⁵¹

In der Forschung weiss man, dass nach einer natürlich durchge-

machten Hib-Erkrankung keine Antikörper nachweisbar sind.⁵²

Prof. Max Just, Schweizer „Impfpapst“ im Ruhestand und ehemalige Chefarzt des Basler Kinderspitals organisierte am 18. Januar 1990 ein „Staffmeeting“ an seinem ehemaligen Arbeitsplatz in Basel, um Werbung für die Hib-Impfung zu betreiben. Just, der in Werbe-prospektien für die damalige Firma SmithKlineBeecham für den MMR-Impfstoff warb, sowie für die DTP und Polio-Impfung, war zur gleichen Zeit Mitglied der SKIF. Die SKIF ist die Arbeitsgruppe im Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit, die die Impfpläne erstellt. Anlässlich des „Staffmeetings“ zeigte er eine Statistik, anhand der eins von 30'000 Kindern an Hib erkrankt. Er gab zu, dass die natürliche Immunität der Kinder durch den sehr häufig vorkommenden Erreger eigentlich genügen würde. Zitat: „Sicher sind die Zahlen nicht irrsinnig. Aber in den Jahren vor Einführung der Polio-impfung waren Polioerkrankungen auch nicht häufiger.“⁵³

Diese Ignoranz und Kaltschnäuzigkeit dürfte mit echtem Samaritertum nichts mehr gemeinsam haben. Für das Wohl unserer Kinder und der zukünftigen Menschheit ist zu wünschen, dass aus unseren Medizinern wieder Ärzte werden.

¹ Piotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999

² Piotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999

³ Rabe S., Impf-Info, 3. Aufl., 2000

⁴ Stöggmann W., Z.A.F., Band 5 (1992), Nr. 3

⁵ ÖÄZ 24, 25.12.1993

⁶ Piotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999

⁷ Piotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999

⁸ Takala AK et al, J Pediatr Vol 115 1-6, 1989, suppl

⁹ Silfverdal SA et al, Int J Epidemiol 1997, Apr. 26(2): 443-50

¹⁰ Cochi SL et al, J Pediatr 1986, 108(6): 887-896

¹¹ Ward J., in Piotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999

¹² Reuters Health, 7.1.2003

¹³ Smith EW et al, Pediatrics, 50 (5):723-727, 1972

¹⁴ Bjune G et al, Lancet; 338; (8775): 1093-1096

¹⁵ Humann AR et al, 1990; Lancet, 335: 707-710

¹⁶ Craighead JE, 1975, J Infect Dis; 1312(6): 749-754

¹⁷ Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000

- ¹⁸ Ekdahl K et al, J Infect Dis; 1998, 30(3) : 257-262
- ¹⁹ Klein P., Impfen, Routine oder Individualisation, 1999
- ²⁰ Müschenborn-Koglin S et al, Pädiatrie hautnah 2000, 1:8-12
- ²¹ Griffin M, et al, Pediatrics, 1992, 89(4): 640-642
- ²² Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000
- ²³ Booy R et al, 1992, Lancet; 340: 847
- ²⁴ ScheibnerV., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000
- ²⁵ Peltola H, 1993, Lancet; 341: 864-865
- ²⁶ Michaelis, Ali, 1993 in Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000
- ²⁷ Peltola H et al, 1977, Pediatrics, 60: 730-737
- ²⁸ Eskola J et al, NEJM; 317 (12): 717-722
- ²⁹ McVernon J. et al, Lancet 2003, (361): 1521-2
- ³⁰ Sood SK et al, 1988, J Pediatr; 113: 814-819
- ³¹ Daum RS et al, 1989, J Pediatr; 114: 742-747
- ³² Hiner EE t al., 1988, J Inefct Dis; 158(2): 343-348
- ³³ Granoff DM et al, 1986, NEJM; 315: 1584-1590
- ³⁴ Granoff DM et al, 1986, NEJM; 315: 1584-1590
- ³⁵ Ward J et al, 1990, NEJM; 323(2): 1393-1401
- ³⁶ Santoscham W et al, 1991, NEJM 324 (25): 1767-1772
- ³⁷ Kries R von et al, Monatssch Kinderheilkd 1997, 145: 136-143)
- ³⁸ Classen JB et al, BMJ 1999/1133
- ³⁹ Klug N, in: Impfreaktionen Impfkomplikationen, Kilian Verlag, 1996
- ⁴⁰ Hartmann KH, Erfassung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen nach Anwendung von Impfschäden von 1987-1995, Dissertation, 1997
- ⁴¹ NVIC Bulletin 1990
- ⁴² Dokheel TM, Diabetes care, 1993; 16: 1606-1611
- ⁴³ Gardner S et al, BMJ, 1997; 315:713-716
- ⁴⁴ Classen DC, Classen JB; Inf Dis Clin Pract 1997; 6:449-454
- ⁴⁵ NZZ 1.2.1997
- ⁴⁶ arznei-telegramm 2001, 32, Nr. 7
- ⁴⁷ Galil K et al, J Infect Dis 1999, 179(1): 101-106
- ⁴⁸ Breukels MA et al, Ned Tijdschr Geneesk, 1998, 142(11): 586-589
- ⁴⁹ Schmitt HJ, Kinderärztl Prax 1999, 4: 242
- ⁵⁰ Plotkin S, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed. 1999
- ⁵¹ McVernon J et al, BMJ 2003, 88: 379-383
- ⁵² ÖÄZ24, 25.12.1993
- ⁵³ Natürlich, 7/8, 1991

Masern

Eine schlimme Infektionskrankheit?

Masern sind eine Krankheit, die die meisten von uns, besonders unter den Älteren, durchgemacht haben. Noch vor dem Zweiten Weltkrieg hatten über 80 Prozent der deutschen Kinder bis zu ihrem vierten Lebensjahr die Masern bereits hinter sich gebracht. Seit etlichen Jahren nun ist weltweit eine Kampagne im Gange - angeführt von der WHO - in der man versucht, diese Krankheit durch flächen-deckende Impfungen auszurotten. Da Eltern wissen, dass der normale Masernverlauf harmlos ist, wird von Impfbefürworterseite nun mit scharfem Geschütz aufgefahren, um eine Art Massenhysterie zu erzeugen. Angefangen hat es damit, dass man der Bevölkerung suggeriert, dass Masern nicht, wie jahrhundertelang bekannt war, eine Kinderkrankheit sind, sondern man versucht bewusst diese Bezeichnung aus dem Wortschatz der Eltern zu streichen, und mit „schwerer Infektionskrankheit“ zu ersetzen. Damit sollen Eltern „impfwillig“ gemacht werden.

Die Geschichte der Masern

Die Geschichte der Masern ist zum ersten Mal von dem persischen Arzt Rhazes, auch Abu Beer genannt, beschrieben worden. Er lebte im 10. Jahrhundert. Die Krankheit selber dürfte schon viel älter sein. Der jüdische Arzt Al Yehudi erwähnte sie bereits im 7. Jahrhundert. Heute verlaufen die Masern meist sehr milde. Aber früher, bedingt durch die hygienischen Bedingungen, die Unternährung und das Fehlen sauberer Trinkwassers, kam es zu recht heftigen Masernepidemien, wobei es nicht selten zu vielen Todesfällen kam. Aus diesem Grund nannten die Menschen im Mittelalter diese Krankheit auch „Morbilli“, was soviel wie „kleine Pest“ bedeutet.

Der persische Arzt Rhazes war der Erste, der Masern von den Pocken unterschied. Er war sich auch bereits bewusst, dass Masern saisonal bedingt in der kalten Jahreszeit auftraten, er dachte allerdings, die Krankheit sei nicht ansteckend. Wilson beschrieb 1962, dass die Unterscheidung zwischen Pocken und Masern im 17. Jahrh. deutli-

eher wurde, als 1629 in London die Todesraten dieser beiden Krankheiten separat aufgelistet wurden. Thomas Sydenham beschrieb die Krankheit als erster sehr deutlich und war bereits der Meinung, sie sei ansteckend. Es war dann allerdings Francis Home, ein schottischer Arzt, der in der Mitte des 18. Jahrhunderts in Edinburgh arbeitete, der Masern als hochansteckend erkannte. Seine Bemühungen ließen darauf hinaus, Masern zu verhüten, und er benutzte 1758 eine ähnliche Art der Variolation, mit der Jenner einige Jahrzehnte später als „Vater der Impfungen“ durch die Pockenimpfung in die Geschichtsbücher eingehen sollte. Da Home noch nicht, so wie heute unsere Mediziner von Viren ausging, die für die Krankheit verantwortlich sein sollen, nahm er den Erkrankten auf dem Höhepunkt ihres Fiebers und des Ausschlages Blut ab. Er brachte dieses Blut 12 Kindern in den Körper ein, nach der gleichen Methode, derer sich später Jenner bediente. Zehn von diesen Kindern bekamen einen Ausschlag, zusammen mit Symptomen einer Erkrankung der oberen Atemwege. Diese Technik wurde unter dem Namen „Morbillisation“ bekannt, aber sie gewann keine grossen Nachahmer.

Das ausführliche Wissen über diese Krankheit kam eigentlich eher unfreiwillig während einer Untersuchung bei einer Masernepidemie 1846 auf den Faröer-Inseln. Der junge dänische Arzt Peter Panum bestätigte nicht nur die grosse Ansteckung der Masern, er fand ebenfalls heraus, dass 14 Tage nach der Ansteckung der Ausschlag auftrat. Außerdem bemerkte er, dass die Todesrate etwas mit dem Alter zu tun hatte, sowie dass eine einmal durchgemachte Krankheit einen lebenslangen Schutz verleiht. 1911 infizierten Goldberger und Anderson zum ersten Mal Affen mit Masern. Dieser erste Tierversuch mit Affen ebnete den Weg, um an das Masernvirus zu gelangen.

Enders und Peebles isolierten im Jahr 1954 zum ersten Mal das Masernvirus in Nierengewebekulturen von Affen und Menschen. Sehr populär war damals der Edmonston-Stamm, der übrigens heute noch in vielen Ländern zur Anwendung kommt. Edmonston hieß der Jugendliche, von dem diese Masernviren stammten. Um den Impfstoff herzustellen, nahmen Enders und Peebles den Edmonston Stamm und führten ihn bei 35 bis 36°C 24 mal durch Nierenzellen, 28 mal durch menschliches Embryohüllengewebe, bearbeiteten es

sechsmal in Hühnerembryozellen und führten es dann in Hühnerembryozellen. Dieser attenuierte (abgeschwächte) Edmonston B-Impfstoff wurde im März 1963 in den USA zugelassen, zusammen mit einem anderen Edmonston B-Viren-Stamm, der in Hundenierenzellen bearbeitet worden war.

Hier an dieser Stelle sei ein kleiner Gedankengang erlaubt: Dieses kleine Masernvirus wird zigmals durch - für uns Menschen - Fremdeiweiss geführt. Ausser Acht lassen dürfen wir auch nicht, dass Viren ständig mutieren, auch wenn sie attenuiert sind. So gesehen, dürfte das Masernvirus im Impfstoff letztendlich mit einem Wildmasernvirus nur noch den Namen gemeinsam haben.

Ein mit Formaldehyd und Aluminium gereinigter und inaktivierter Impfstoff, d.h. mit abgetöteten Masernviren vom Edmonston-Stamm ist ebenfalls 1963 in den USA zugelassen worden. Bis 1967 war er in den USA und Kanada im Handel. Er wurde abgesetzt, als man bemerkte, dass er keinen Schutz gab, bzw. viele Geimpfte an atypischen Masern erkrankten.¹

Das Krankheitsbild der Masern

Masern sind auf den ersten Blick bei unseren Kindern nicht leicht zu erkennen. Erst treten Schnupfen, Husten, gerötete Augen und wenig Fieber zwischen dem 10. und 13. Krankheitstag auf. Vom 12. bis 14. Tag gibt es kleine weisse Pünktchen in der Wangenschleimhaut, die sogenannten Koplikschen Flecken. Danach, ab dem 14. Tag hohes Fieber und der erste Ausschlag macht sich bemerkbar. Er ist feinfleckig, zusammenfliessend und rot, und beginnt hinter den Ohren, von wo er sich dann über den Kopf, den Körper und die Gliedmassen ausbreitet. Die Kinder fühlen sich wirklich krank. Die Augen entzünden sich und die Kinder sind lichtempfindlich. Die Beschwerden klingen ca. 5 Tage nach Beginn des Ausschlages ab, der Husten bleibt meist noch länger bestehen. Die Haut beginnt sich dann langsam in feinen Schuppen zu lösen.

Die Inkubationszeit beträgt 10 bis 11 Tage. Die Übertragbarkeit soll sehr hoch sein und ab dem 9. Tag der Ansteckung bis zum 4. Tag nach Ausschlagsbeginn erfolgen. Nach der Krankheit besteht eine lebenslange Immunität. An Masern erkrankte Kinder benötigen

Bettruhe, ein nicht zu helles Zimmer und eine vorwiegend flüssige Kost. Bei Fieber und hochrotem Kopf empfehlen sich Fussbäder. Gegen den Husten werden warme Brustwickel gemacht, der Schnupfen löst sich durch Dämpfe. Entzündete Augen lindert man mit kalten Umschlägen. Das Kind muss wirklich 3 Tage fieberfrei sein, bevor es das Haus wieder verlassen kann. Als Begleitkrankheiten, bzw. Komplikationen der Masern können Mittelohr-, Nebenhöhlen- und Lungenentzündung auftreten, Fieberkrämpfe sowie Gehirnentzündung (Enzephalitis). Bei Komplikationen empfiehlt es sich unbedingt, einen guten Homöopathen hinzu zuziehen. Eine chemische Fiebersenkung muss auf alle Fälle vermieden werden. Hier sei auf eine Erfahrung aus Afrika (Ghana) hingewiesen, wo die Sterblichkeit bei Masern während einer Epidemie ganz zurückging, nachdem einzig und allein auf fiebersenkende Mittel verzichtet wurde.² Diese Daten müssten allen unseren Ärzten zugänglich gemacht werden, denn die Behandlung von schweren Masernverläufen spielt hier eine grosse Rolle.

Liest man impfbefürwortende Bücher, so gibt es horrende Angaben von Gehirnentzündungen (Enzephalitis) bei Masern. Je nach Buch und Autor schwanken die Angaben von 1:500 bis 1:1000 oder 2000 Erkrankten. Diese Zahlen sind nachweislich zu hoch angesetzt. Die angegebene Rate bezieht sich auf die Zahl der gemeldeten Masernfälle vor den sechziger Jahren. Damals aber hatten fast 100 Prozent der Bevölkerung die Krankheit auch durchgemacht. Diese Zahlen entsprechen höchstens 10 Prozent der tatsächlichen Masernfälle. Das heisst also, dass wir heute die Rate an Gehirnentzündungen um den Faktor 10 überschätzen.³ Würden von unseren Gesundheitsbehörden aber die tatsächlichen Zahlen von Gehirnentzündung veröffentlicht werden, so würden sie sich selber das Hauptmotiv für ihre Impfkampagne nehmen. Dr. Glöckler und Dr. Goebel sagen dazu, dass die Erfahrung aus der Praxis eine Berechnung von etwa 1:10'000, Masernerkrankungen ergibt, wahrscheinlich aber eher 1:15'000 beträgt.⁴ Es ist allerdings nicht auszuschliessen, dass die zur Routine gewordene Gabe fiebersenkender Mittel dazu beiträgt, die Zahl der Gehirnentzündungen bei Viruserkrankungen zu erhöhen. Hierzu noch eine kleine Bemerkung am Rande: Eine Untersuchung in

Bayern ergab, dass innerhalb von 11 Jahren die Abnahme der Mäsernhirnhautentzündungen als Folge der Impfungen durch die Zunahme von anderen Gehirnentzündungen weit mehr als ausgeglichen wurde, so dass die Gesamtzahl der gemeldeten Gehirnentzündungen leider zugenommen hat.⁵ Die Komplikationsrate bei den Masern ging lange vor Einführung der Impfungen in Mitteleuropa steil nach unten. Um 1900 lag die Sterblichkeit bei Masern noch bei 1 Prozent, heute liegt sie bei 0,006 Prozent.⁶

Als Beispiel für die Gefährlichkeit der Masern wird den Eltern immer Afrika vor Augen gehalten. Dort sterben jährlich ca. 500'000 Kinder an Masern. Bedingt durch die dortige sozio-ökonomische Situation, d.h. durch die Unterernährung und Tuberkuloseerkrankungen der Kinder kommt es zu so vielen Todesfällen. Bei unterernährten Kindern liegt die Sterblichkeit um mindestens das 400fache über der von Kindern in normalen sozialen Verhältnissen. In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass bei über 85 Prozent der an Masernkomplikationen leidenden Kinder, der Ernährungszustand ungenügend ist⁷

Bei einer Kombination von Vitamin A-Mangel und Keratitis (Augenhornhautentzündung) kann es zu einem schweren Masernverlauf kommen, der bis zur Erblindung des Patienten führen kann.⁸ Bereits 1987 war man auf diese Problematik aufmerksam geworden, als Barclay mit seinen Mitarbeitern einen Artikel veröffentlichte, der sich mit Vitamin A und der Sterblichkeit bei Masern in Tansania befasste. Die Autoren stellten die Hypothese auf, Vitamin A sei für die richtige Funktion des Epithelgewebes entscheidend. Wenn es dem Körper an Vitamin A mangelt, so wird das Epithel der Schleimhäute schuppig und die Zellen werden zu langsam ersetzt. Das Masernvirus infiziert und greift das Epithelgewebe im ganzen Körper an und zerstört es.⁹ 1983 stellten Sommer und seine Kollegen eine erhöhte Sterblichkeit bei Kindern mit leichtem Vitamin A-Mangel fest.¹⁰ Frieden und seine Mitarbeiter veröffentlichten 1992 eine Studie die belegte, dass Kinder mit niedrigem Vitamin A-Spiegel wahrscheinlicher Fieber mit bis zu 40 °C und höher bekamen, sie hatten sieben Tage und länger Fieber und mussten ins Krankenhaus eingeliefert werden. Sie hatten übrigens auch weniger hohe Antikörper gegen

Masern.¹¹ Die Autoren rieten den Ärzten, an schweren Masern erkrankten Kindern unter 2 Jahren Vitamin A zu geben. Sie waren auch der Meinung, man sollte bei den anderen Infektionskrankheiten ebenfalls einen derartigen Zusammenhang suchen.

Die Impfung und ihre Nebenwirkungen

Der Masernimpfstoff enthält vermehrungsfähige, abgeschwächte Masernviren, die auf befruchteten Hühnereiern oder menschlichen Krebszellen (HDC) gezüchtet wurden. Er enthält Hühnereiweiss, Antibiotika, Humanalbumin, Phenolrot, Glutamat, Sorbitol, Dextran 70, Purine, Pyrimidine, Salze, Polysorbat 80, Cholesterin, Vitamine, Gelatine, Wasser.

Als Nebenwirkung der Masernimpfung können auftreten: Lokalreaktionen wie Schmerz, Rötung und Schwellung, subklinische bis leichte Masern, meist vom 5. bis 12. Tag nach der Impfung, Fieber, Fieberkrämpfe, Gehirrentzündung, SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis) Guillain-Barre-Syndrom, Trombozythopenie, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen.

Fast ausschliesslich alle Studien bezüglich Impfstoffsicherheit bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sind auf die Dauer von den ersten drei Wochen nach der Impfung beschränkt. Als Grund für diese Massnahme wird angegeben, dass das Impfvirus sowieso nur in der zweiten Woche nach der Impfung im Blut erscheint.¹² Zu einem späteren Zeitpunkt könnte es dann, so die Logik der Impfstoffhersteller, nicht mehr zu einem Schaden durch die Impfung kommen. Ausser Betracht gelassen hat man hier allerdings, dass es sich bei der Masernimpfung um eine Lebendimpfung handelt. Die Viren überleben in der Regel die so genannte „Abschwächung“ (Attenuierung) im Labor, ausserdem kommt es zu Mutationen. So sind also Schäden durch eine Lebendimpfung sehr wohl auch noch nach Monaten oder Jahren möglich. Die Geimpften können das Maserimpfvirus bis zu zwei Wochen nach der Impfung ausscheiden, d.h. die Umgebung anstecken.¹³ Nicht unterschätzen darf man auch, dass sich in den Impfstoffen, besonders in den Lebendimpfstoffen, Verunreinigungen befinden. Verschiedene andere Mikroben sind auch noch vorhanden. Im Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff befinden sich regelmässig zwei

Viren aus Hühnerzellkulturen. Diese können bei Vögeln Leukämie auslösen. Dr. Tsang vom CDC in Atlanta sagte 1999 aus, dass ihre Bedeutung für den Menschen noch ungeklärt sei.¹⁴ Fieberkrämpfe treten recht häufig nach einer Masernimpfung auf, jedoch gibt es diese ebenfalls bei Masererkrankten.

Sowohl die Diphtherie-Keuchhusten-Tetanus als auch die MMR-Impfung wurden mit einem erhöhten Risiko für zerebrale Krampfanfälle in Zusammenhang gebracht. Die Autoren untersuchten anhand der vorliegenden Daten von über 600'000 Kindern diese Assoziation. Am Tag der DPT-Impfung, bzw. 8 bis 17 Tage nach der MMR-Impfung konnte ein knapp sechs- bzw. dreifach erhöhtes Risiko für einen erstmaligen Fieberkrampf festgestellt werden. Dies entsprach dem Auftreten einer solchen Komplikation bei 6 bis 9, bzw. 25 bis 34 unter 100000 Kindern im angegebenen Zeitraum nach einer der beiden Impfungen. Zu anderen Zeiten konnte kein erhöhtes Risiko für Fieberkrämpfe gesehen werden. Fieberunabhängige, zerebrale Anfälle traten nach den beiden Impfungen nicht gehäuft auf. Kinder mit einem Fieberkrampf nach der DPT- bzw. MMR-Impfung hatten gegenüber solchen mit einem impfunabhängigen Fieberkrampf kein erhöhtes Risiko für weitere Krämpfe, bzw. die Entstehung einer Epilepsieerkrankung oder von Defiziten in ihrer weiteren Sprach-, Verhaltens- und psychischen Entwicklung.¹⁵

Bedingt durch die Herstellung (Hühnerembryozellen) und die Zusatzstoffe wie Neomycin und Gelatine, sind allergische Reaktionen und lebensbedrohliche allergische Schocks (Anaphylaxie) möglich. Das „arzneitelegramm“ berichtete 1996, dass es bei einem von 65'000 Geimpften zu schwerwiegenden allergischen Reaktionen kommt.¹⁶ Eine Studie aus Afrika zeigt auf, dass Impfungen Allergien verstärken oder erzeugen können. Dort hatten Jugendliche, die als Kinder Masern durchgemacht hatten, später seltener Allergien als die Geimpften.¹⁷ Früher gab es Warnhinweise für Hühnereiweissallergiker. Heute wird diese Warnung ausdrücklich in den Wind geschlagen.

U. Quast beschreibt, dass es bei einem von 30'000-50'000 Maserngeimpften in den ersten sechs Wochen nach der Impfung zu einer thrombozytopenischen Purpura kommen kann.¹⁸ Das sind Blutungen durch eine Schädigung der Blutplättchen. Dies kann auch nach einer

Masernerkrankung auftreten. Zu erkennen sind sie an Haut- oder Schleimhautblutungen, im Extremfall kann es zu Hirnblutungen kommen. Vom 5. bis 12. Tag nach der Impfung kann es zu einer Beeinträchtigung der Kleinhirnfunktion kommen. Die Bewegungsabläufe sind gestört, d.h. es entsteht eine Unsicherheit beim Gehen oder Greifen, die in den meisten Fällen mehrere Tage anhält. Dr. Plesner hat in Dänemark mit seinen Kollegen eine Studie durchgeführt, nach der diese Ataxie (Gangunsicherheit) bei acht von 100000 Masern- oder MMR-Impfungen auftritt.¹⁹ Oftmals wird von einer Entzündung des Sehnervs berichtet, in einem Teil der Fälle mit bleibenden Sehstörungen.²⁰ Aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (GBS) und transverse Myelitis wurden insgesamt in 17 Fällen dem Institute of Medicine in den USA von 1979 bis 1992 gemeldet.^{21,22,23,24}

Gehirnentzündung

Eine Gehirnentzündung ist eine anerkannte Nebenwirkung der Impfung. Quast beschreibt hier als Zeitraum, wann sie typischerweise auftritt, den 9. bis 15. Tag nach der Impfung. In nur fünf Jahren (1991-96) wurden dem CDC in den USA 166 Fälle von Impfenzephalitis nach der Masernimpfung gemeldet.²⁵ Ebenso wird vom CDC bleibender Hirnschaden nach der MMR-Impfung anerkannt. In Forscherkreisen geht man von einer wesentlich höheren Enzephalitisrate nach der Masernimpfung aus, da es oft nicht zu schweren Symptomen kommt, und diese dann auch naturgemäß nicht gemeldet werden²⁶ Allerdings fand in einer Untersuchung bei dem heute noch zur Anwendung kommenden Impfstamm „Schwarz“ heraus, dass ein Enzephalitisrisiko von 1:17'650 besteht.²⁷

Demgegenüber spricht die STIKO davon, dass es durch die Impfung nur zu einer Gehirnentzündung im Verhältnis 1:1 Million kommen kann. Selbst die Forschungsstelle für Kinderheilkunde zweifelt diese Zahlen an. Doch solange Schäden durch die Impfung immer nur Tage oder wenige Wochen nach einer Impfung als solche anerkannt werden, wird man mit solchen Zahlen jonglieren dürfen. Tatsache ist allerdings, dass es in Kanada über acht Monate nach einer Masernimpfung zu einer Gehirnentzündung kam. Das Masernimpfvirus wurde im Hirngewebe gefunden.²⁸

SSPE

Die SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis) ist eine sehr seltene, aber immer tödlich verlaufende Spätfolge von Masern. Sie führt, vereinfacht gesagt, zu einer Zerstörung des Gehirns. Zwischen der Infektion und dem Ausbruch der SSPE liegen im Schnitt ca. sieben Jahre. Sie kann dann entweder relativ rasch, d.h. innerhalb von wenigen Monaten zum Tode führen, in der Mehrzahl der Fälle verläuft sie jedoch progressiv über ca. ein bis drei Jahre, evtl. auch länger. Buben sind häufiger als Mädchen betroffen. Vor allem Kinder sind gefährdet die Masern mit anderen Viruserkrankungen zusammen haben. Doch genau das geschieht durch eine Impfung. Hier werden die Viren von Masern, Mumps und Röteln gleichzeitig in den Organismus gebracht und er muss sich mit allen drei Arten gleichzeitig auseinandersetzen.

Das „arznei-telegramm“ berichtete 1990, dass die Masernimpfung auch eine SSPE hervorrufen kann, jedoch zwanzigmal seltener als eine Masernerkrankung. Ob diese Zahlen so stimmen, sei dahingestellt.²⁹ In England jedenfalls gibt es 22 anerkannte SSPE-Fälle nach der Masernimpfung. — Dort trat auch der erste SSPE-Fall nach einer Masernimpfung auf. Das Kind starb 18 Monate nach der Impfung.³¹ Dr. Dyken beschreibt, dass die Häufigkeit der SSPE seit der Einführung der Masernimpfung zwar zurückging, der Anteil der SSPE als Impffolge steigt jedoch.³² In Österreich kam es anfangs 2001 zu zwei Fällen von SSPE bei einer 19jährigen ungeimpften Frau und einem sechsjährigen geimpften Buben.³³ Patienten mit SSPE haben einen hohen Antikörpertiter gegen Masern. Vor allem werden viele Antikörper in den Körperflüssigkeiten sowie in den Flüssigkeiten von Gehirn und Rückenmark gefunden.³⁴

Morbus Crohn und Autismus

In letzter Zeit liest man öfters in der Literatur über einen Zusammenhang zwischen Morbus Crohn - einer Autoimmunerkrankung des Darms - und dem Masernvirus. Man weiß gesichert, dass Säuglinge, die in den ersten Lebenswochen Kontakt mit dem Masernvirus hatten, im späteren Leben einem erhöhten Risiko unterliegen, an Morbus Crohn zu erkranken.³⁵

Das heisst nicht anderes, als dass wir unseren Kindern mit den vielen Lebendimpfungen, die in einem frühen Lebensalter verabreicht werden, keinen Gefallen tun, im Gegenteil. Seit August 2001 ist nun also auch noch das Impfalter für die MMR-Impfung in Deutschland und in der Schweiz gesenkt worden. Damit erhöht sich jetzt wieder für diese Kinder die Gefahr, später an Morbus Crohn zu erkranken. Es gibt bereits diverse Studien, die einen Zusammenhang für möglich halten.³⁶ Dr. Andrew Wakefield, ein bekannter Kinderarzt am Royal Free Hospital in London, berichtete 1998 von 12 Kindern, die im zeitlichen Zusammenhang mit der MMR-Impfung chronisch entzündliche Darmerkrankungen erlitten, 11 von ihnen wurden ebenfalls autistisch. Wakefield veröffentlichte seine Daten im „Lancet“, er nannte das Krankheitsbild „autistische Enterocolitis“ (Darmkrankheit einhergehend mit Autismus)³⁷

Solche Fälle haben in allen Ländern nach Einführung der MMR-Impfung drastisch zugenommen. Die Häufigkeit von Autismus hat in den vergangenen Jahrzehnten in beunruhigender Weise an Grösse gewonnen. So gibt es beispielsweise in England derzeit rund 100 Fälle pro 100000 Einwohnern, 1984 waren es noch weniger als 10. Da im gleichen Zeitraum die Impfungen erheblich ausgeweitet worden waren, nämlich von durchschnittlich acht im Jahr 1980 auf derzeit 22, ergibt sich eine Korrelation zwischen der Zahl der verabreichten Impfungen und dem Anstieg von Autismus.^{38,39}

Autismus ist eine Krankheit, die in wenigen Worten nicht zu erklären ist, vor allem auch deshalb, weil sie sich in vielfältiger Form zeigen kann. Die Kinder hören auf zu sprechen, verlernen soziale Fähigkeiten und entwickeln extreme Verhaltensauffälligkeiten. Nachzulesen ist dieses Krankheitsbild im Buch von Harris Coulter, „Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele“. Er belegt in seinem Buch, dass in den USA die DPT-Impfung diese Krankheit ausgelöst hat, mit Betonung auf Pertussis (Keuchhusten). Autismus ist fast wie eine weltweite Epidemie, die seit Mitte der achtziger Jahre um das zwei- bis fünffache zugenommen hat, vor allem bei den zweijährigen. Das NVIC berichtet, dass allein in den USA monatlich über 50 Meldungen von neuen Fällen nach einer MMR-Impfung an die amerikanische Autismusgesellschaft gelangen.

Dr. Wakefield stellte in seinen Untersuchungen fest, dass es, bedingt durch die MMR-Impfung, zu Wechselwirkungen zwischen den Impfviren und dem Immunsystem kommt. In der Folge kommt es dann zu Nervenschäden und chronischen Entzündungen. Als Dr. Wakefield seine Untersuchungen veröffentlichte, entstand Unruhe. Doch schon bald kam es zu Gegenstudien. Vor allem H. Peltola⁴⁰ (ein Finne, der massgeblich am Impfprogramm in Finnland beteiligt war und ist) und B. Taylor⁴¹ kamen mit neuen Studien. Ihre Arbeiten wurden jedoch wegen statistischer Fehler gerügt.⁴² In England, wo es viele autistische Kinder gibt, ist es um die Impfmoral seit 1998 schlecht bestellt. Die Eltern haben verstanden, dass, solange niemand Dr. Wakefield das Gegenteil beweisen kann, ein Zusammenhang zwischen Impfungen und Autismus gesehen werden muss. Seit Dr. Wakefield am 6. Dezember 2001 fristlos entlassen worden ist, sind die englischen Zeitungen voll mit Presseberichten. Empörte Eltern schreiben Leserbriefe und viele Ärzte geben Stellungnahmen zugunsten von Dr. Wakefield ab. Dr. Spitzer, ein kanadischer ehemaliger Professor und Epidemiologe der McGill Universität in Montreal, Kanada, der von den englischen Behörden gebeten worden war, die Wogen zu glätten, meinte nach einer 18-monatigen Beschäftigung mit diesem Thema, er habe bis jetzt noch keine einzige Studie finden können, die sich mit der Sicherheit der MMR-Impfung befasst habe. Im Gegenteil, es bestände anhand der bis jetzt durchgeföhrten Forschungen eindeutig der Verdacht, dass das Masernimpfivirus bestimmt etwas mit Autismus zu tun habe.⁴³

In der medizinischen Literatur wird schon seit etlichen Jahrzehnten laut darüber diskutiert, dass durch das gleichzeitige Durchmachen von Virusinfektionen wie Masern, Mumps, Röteln und Windpocken in der frühen Kindheit eine Möglichkeit für das Entstehen von Autismus besteht. Früher gab es so gut wie keine Fälle von Autismus, da das gleichzeitige Durchmachen von mehreren Viruserkrankungen weniger als selten stattfand. Doch heute, durch die Kombinationsimpfungen mit Lebendviren findet dieser Vorgang praktisch in jedem geimpften Kind statt. Für diese Theorie spricht auch, dass man weiß, dass autistische Kinder mit einer krisenartigen Verschlechterung ihrer Beschwerden auf Lebendvirusimpfungen reagieren.

Wieso es nach der Masernimpfung zu Autismus kommt, haben Forscher in Indien herausgefunden. Sie stellten fest, dass der Körper nach der Masernimpfung Antikörper gegen Myelin produziert.⁴⁴ Myelin ist eine weisse, zähe klebrige Masse, die sich als Schutzhülle um die Nerven legt. Antikörper gegen Myelin aber kommen bei autistischen Kindern sehr häufig zusammen mit Masernantikörpern vor. Zudem ist in den meisten Impfstoffen Myelin enthalten. Myelinantikörper finden sich zusammen mit Antikörpern gegen ein spezifisches Eiweiss aus den MMR-Impfstoffen bei mehr als jedem zweiten autistischen Kind.⁴⁵ Todesfälle wurden ebenfalls immer wieder nach der Masernimpfung beschrieben, sie sind gesicherte Nebenwirkungen in den USA und England.⁴⁶ Aktive Nachforschungen zeigen, dass die Impfnebenwirkungen massiv unterschätzt werden, weil man, bedingt durch das lasche Meldesystem mit einem under-reporting selbst von schweren Nebenwirkungen von 80 Prozent rechnen muss.

Personen die Masernantikörper im Blut haben, aber niemals selber Masern mit einem Hauthausschlag durchgemacht haben, erkranken im späteren Leben eher an Autoimmunerkrankungen wie Multipler Sklerose, an degenerativen Knochen- und Knorpelerkrankungen und an Haut- und Gebärmutterkrebs.⁴⁷ Russische Forscher haben belegt, dass der Masernimpfstoff, wenn er kurz nach anderen Lebendimpfungen verabreicht wird, bei Mäusen zu Chromosomenveränderungen führen kann.⁴⁸ Dazu wurden leider nie weitere Untersuchungen begonnen.

In den USA liegen allein aus den Jahren 1990 bis 2000 mehr als 40'000 Meldungen von Nebenwirkungen nach der MMR-Impfung vor. Wenn man bedenkt, dass es sich hierbei lediglich um ca. 5 Prozent der gemeldeten Fälle handelt, kann man das wahre Ausmass erst richtig abschätzen. Es wird häufig in der medizinischen Literatur über Komplikationen nach der MMR-Impfung berichtet, doch seltsamerweise werden schwere Nebenwirkungen selten auf die Impfung zurückgeführt, während jede kleinste Komplikation bei Krankheiten immer den Krankheiten selber angelastet werden. Bei MMR-Impfnebenwirkungen sind in den meisten Fällen die Mädchen betroffen. Warum das so ist, ist noch ungeklärt.

Heute wird von medizinischer Seite immer wieder betont, dass

Kinder eine zweimalige Impfung benötigen, damit der „Schutz“ vollständig sei. Damit ist gemeint, dass Kinder, die bei der ersten Impfung nicht reagiert haben, jetzt erfasst werden sollten. Vor allem wird den Eltern auch angeraten, bereits erkrankte Kinder noch zu impfen. Der Hersteller Sero-Merieux sagt dazu: „Die Impfung von Personen, die schon gegen ein oder mehrere Antigene immun sind (durch Impfung oder Infektion) führt zu keinem erhöhten Risiko für Impfnebenwirkungen.“ Dr. E. Huber aus Salzburg (A) meint: „Die Impfung eines Kindes mit positivem Antikörper-Nachweis ist medizinisch kein Problem.“⁴⁹ Diese Empfehlung muss mit Skepsis angesehen werden, da keineswegs gesichert ist, ob eine Impfung bei bereits vorhandenen Antikörpern unschädlich ist. In den USA ist man vorsichtig geworden und verlangt von höchst offizieller Seite hierzu mehr Forschung und Sicherheit.⁵⁰

Atypische Masern

Schon bald nach Einführung der Impfung in den USA kamen die ersten Berichte von atypischen Masern auf. Atypische Masern sind Masern bei einem gegen Masern geimpften Kind. Jedoch äussert sich die Krankheit anders als bei den normal verlaufenden Masern. Normalerweise fängt der Ausschlag hinter den Ohren an und wandert von dort über den gesamten Körper. Rettige Masern verlaufen nach der Hering'schen Regel: Von oben nach unten und von innen nach aussen. Bei den atypischen Masern spielt sich das anders ab. Die Kinder bekommen meist einen petechialen Ausschlag (kleine punktförmige Kapillarblutungen), der zuerst an den Extremitäten, also an Handflächen und Füßen auftritt, dann am ganzen Körper. Der Ausschlag kommt nicht richtig zum „blühen“ und meist schlägt er wieder zurück nach innen. Bei vielen Kindern kommt es zu einer Lungenentzündung. Wissenschaftler gehen davon aus, dass der Körper deswegen so anders reagiert, weil es durch die Impfung zu einem Ungleichgewicht zwischen dem zellulären und dem humoralen Immunsystem gekommen sei.

Von der Masernimpfung wird von unseren Impfbefürwortern auch während der Schwangerschaft, bzw. Stillzeit nicht abgeraten. Dazu Prof. Schmitt "Grundsätzlich kann in der Schwangerschaft jeder

Impfstoff dann gegeben werden, wenn das Risiko durch eine impfpräventable Krankheit höher ist als das Risiko, das durch die Impfung für Mutter und Kind besteht.⁵¹ Im Gegensatz dazu steht allerdings im Beipackzettel z.B. vom Pasteur Merieux, Masernimpfstoff: „Eine Schwangerschaft muss ausgeschlossen und für drei Monate nach der Impfung verhindert werden.“ Ebenso meint Prof. Schmitt, dass während der Stillzeit sowohl der Säugling als auch die Mutter jede Impfung „ohne Bedenken“ erhalten können⁵² Im Beipackzettel dagegen lesen wir, dass „ausreichende Erfahrungen über die Anwendung während der Stillzeit nicht vorliegen.“

Wie wirksam ist die Impfung?

Den Eltern im deutschsprachigen Raum werden immer wieder die USA und Finnland als nachahmenswertes Beispiel vor Augen geführt. Dort sind ja scheinbar dank unermüdlicher Impfkampagnen die meisten Infektionskrankheiten ausgerottet worden. Wenn man sich allerdings etwas näher mit dem Thema befasst, sieht man die Dinge in einem anderen Licht.

Nach Meinung der Wissenschaftler müssten mindestens 92 bis 95 Prozent der Bevölkerung eines Landes geimpft sein, damit die Krankheit nicht mehr auftreten kann. Nun sind in den USA aber über 98 Prozent der Bevölkerung geimpft, und trotzdem treten dort Masernepidemien in einem Abstand von drei bis vier Jahren auf, so wie in anderen Ländern auch.⁵³ Hier an dieser Stelle heisst es dann immer, dies seien alles Fälle, die von aussen eingeschleppt worden sind. Im Land selber existiert das Masernwildvirus nicht mehr. Angenommen, das würde stimmen. Wieso gibt es dann trotzdem Epidemien? Wenn 98 Prozent geimpft sind, können doch höchstens zwei Prozent erkranken! Oder erkranken hier etwa Geimpfte? Ein Land wie die USA dürfte doch keine Angst vor der Einschleppung dieser Krankheiten haben, wenn die Impfung auch wirklich schützen würde.

Amerikanische Autoren schreiben, dass in amerikanischen Vorschulen bei Masernausbrüchen 50 bis 75 Prozent der Schüler erkranken. Die meisten seien ungeimpft, heisst es. Gleichzeitig sagen sie allerdings, dass ohne die entsprechenden Impfungen die Kinder den Kindergarten oder die Vorschule gar nicht besuchen dürfen.⁵⁴ An

einer anderen Stelle schreiben sie, dass in vielen grossen Ausbrüchen in Schulen mehr als 95 Prozent der Kinder rechtmässig geimpft seien. In den USA stieg die Sterblichkeit durch Masern nach Beginn der Massenimpfungen um das zehnfache an.⁵⁵ In einem Bericht des Kanadischen Gesundheitsamtes steht, dass grosse Masernausbrüche in Kanada, Mexiko, Mittelamerika und den USA zwischen 1989 und 1991 auftraten, ungehindert des Durchimpfungsgrades. Speziell die Epidemie in den USA war Teil einer weltweiten Masernepidemie⁵⁶ In Kanada besteht eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent und trotzdem treten dort Masern kontinuierlich auf, selbstverständlich unter den Geimpften, was die Behörden aber nicht davon abhält, von der hohen Wirksamkeit des Impfstoffes zu reden. Mitte der achtziger Jahre gab es auf Kuba mehrere Masernausbrüche. Nach Angaben der Behörden erkrankten fast ausschliesslich Kinder, die bereits einmal geimpft worden waren.⁵⁷

Bereits 1975 erschienen die ersten Berichte über die Unwirksamkeit der Impfung. Rand beschrieb 1975 nicht nur, dass die Zahl der Masernfälle in der ersten Hälfte 1975 sechsmal so hoch gewesen sei wie im selben Zeitraum 1974, sondern es bekämen auch immer mehr Erwachsene Masern.⁵⁸ Doch die Behörden blieben weiterhin optimistisch. Sie kündigten sogar an, dass die USA bis zum 1. Oktober 1981 masernfrei sein werde. Der Termin ist dann einige Male nach hinten verschoben worden. Bis zum heutigen Zeitpunkt ist in den USA keine Masernfreiheit in Sicht! Damals war bereits ersichtlich, dass jetzt vermehrt Säuglinge, Jugendliche und Erwachsene an Masern erkrankten. Reuman zeigte 1979 auf, dass vor Einführung der Impfungen 90 Prozent der Masernpatienten zwischen fünf und neun Jahre alt waren, jetzt jedoch seien zwischen 55 und 64 Prozent älter als zehn Jahre.⁵⁹ An der Universität in Los Angeles war das Durchschnittsalter bei einer dortigen Epidemie zwischen 20 und 24 Jahre. Ironischerweise fand man bei 91 Prozent der Studenten Masernantikörper in hoher Zahl, d.h. sie hätten nach den Regeln der Wissenschaft niemals an Masern erkranken dürfen. Als man daraufhin die Jugendlichen nochmals impfte, ergaben sich viel höhere Nebenwirkungen als bei Kleinkindern. Als offiziellen Grund gab man an, die Lagerung des Impfstoffes sei „ungeeignet“ gewesen. Hier fällt als

Augenmerk das späte Alter der Erkrankten auf. Man denkt hier automatisch, dass die Impfung doch schützen müsse, denn sie verschiebt die Krankheit ja in ein späteres Lebensalter. Dem ist aber nicht so. Dr. J. Grätz sagt hierzu: „Das bedeutet nicht, dass die einzelne Impfung die entsprechende Krankheit verschiebt und diese eine immunisierende Wirkung hätte. Vielmehr wird der Gesamtorganismus nachhaltig geschwächt und reaktionsunfähig gemacht, so dass er nicht einmal die Kraft aufbringt, mittels Kinderkrankheit einen besseren Interimszustand zu schaffen.“⁶⁰

1985 trat an der High School in Hobbs, New Mexico eine Masern-epidemie auf, wobei 98 Prozent der Schüler kurz vor dem Ausbruch geimpft worden waren.⁶¹ In Neuseeland kam es von 1984 auf 1985 zu einer Epidemie. Dabei waren 34 Prozent Geimpfte, 9 Prozent Status unbekannt, und 67 Prozent Ungeimpfte. Allerdings waren von den 67 Prozent die meisten Kinder unter einem Jahr alt, d.h. sie konnten gar nicht geimpft sein.⁶² Gustafson beschreibt einen Ausbruch in England von 1987 in einer Schule, in der sich mehr als 99 Prozent Geimpfte befanden.⁶³

Man war sich dieses Problems von offizieller Seite sehr wohl bewusst. So veröffentlichten Black und seine Mitarbeiter 1984 eine Studie, in der sie auf das Dilemma von mehrmals Geimpften eingingen, die dann schlussendlich doch erkranken. Sie belegten, dass auch zweimal gegen Masern geimpfte Kinder noch erkranken können. Sie schrieben: „Diesen Status, bei dem ein Kind immunologisch sensibilisiert ist, doch nicht immun gegenüber Ansteckung ist, wollen wir inadäquate Immunität“ nennen.⁶⁴ Ob dieses neue Wort die Kinder wohl immuner gemacht hat? Hier wurde zum ersten Mal ein anderes Problem angeschnitten, dass vermehrt auftrat. Jetzt plötzlich gab es also ganze Generationen von Mädchen mit der sogenannten „inadäquaten Immunität“, die nicht in der Lage waren, Antikörper gegen Masern während der Schwangerschaft auf das Kind zu übertragen. Was passiert, wenn die Mütter diesen Schutz nicht mehr an die Kinder weitergeben können, hatte man in Neuseeland erleben können: Kinder erkranken in einem Alter, in dem sie normalerweise durch die Antikörper der Mütter geschützt werden.

An der Wirksamkeit der Masernimpfung wird von offizieller Sei-

te keineswegs gezweifelt, doch immerhin gibt man zu, dass die Immunität nach einer echten Erkrankung lebenslang anhält, bzw. dass die Antikörper nach einer Impfung „schwächer“ seien. Die Geimpften bräuchten, so heisst es aus den USA, eine gelegentliche Auffrischung, sei es durch eine Impfung oder durch das noch zirkulierende Wildvirus. Das heisst doch nichts anderes, als dass die Ungeimpften die Geimpften schützen! Hierzu sagt Dr. K.-R. Kummer: „Gäbe es nicht die Erkrankungen an Wildmasern, wäre der Schutz der Geimpften schon heute wesentlich schlechter. Wenn es die Masern in der Bevölkerung nicht gäbe, bestünde erst wirklich die Gefahr grosser Masernepidemien. Denn es ist folgender Umstand viel zu wenig bekannt: Fast jeder, der mit Masern in Berührung kommt, erwirbt einen lebenslangen Schutz, selbst der gegen Masern geimpfte. Ähnliches gilt für die Röteln oder den Mumps bzw. die Windpocken.“⁶⁵

Wenn die Impfung allein für den Rückgang der Krankheit verantwortlich zu machen wäre - was erwiesenermassen nicht der Fall ist - wieso erkranken dann die Ungeimpften auch weniger? Masern als Seuche hat eindeutig in unseren Breitengraden ihren Schrecken verloren, lange bevor die ersten Impfungen überhaupt einzusetzen. Die österreichischen Sanitätsbehörden verbreiten, was die Häufigkeit und Gefährlichkeit der Masern in der Alpenrepublik angeht, regelmässig Panik in der Bevölkerung. Wenn man aber die offiziellen Zahlen kennt, kann man dieses Vorgehen nicht ganz begreifen. Sind doch im Jahr 2000 ganze 25 Personen an Masern erkrankt. Zu allem Übel waren auch noch zehn Geimpfte darunter, zwölf Ungeimpfte und drei mit Status unbekannt.⁶⁶

Die Krankheit ausrotten?

Gambia ist das einzige Land, in welchem die Masern für ausgerottet erklärt wurden, nachdem 1967 durch eine intensive Impfkampagne 96 Prozent der Bevölkerung durchgeimpft waren. Bereits 1972 traten jedoch die Masern wieder auf, aber jetzt mit höheren Komplikationen und Sterblichkeitsraten.⁶⁷ Finnland wird uns impfmüden Resteuropäern immer als erstrebenswertes Ziel vor Augen gehalten. Dort sind die Kinder vom kleinsten bis zum grössten gegen alles geimpft, was die Pharma je erfunden und produziert hat. So auch bei

den Masern. Die richtigen Zahlen aber präsentieren sich etwas anders. Zum Beispiel kam es bei einer Masernepidemie unter geimpften Schulkindern in Finnland zu besonders hohen Raten unter den mehrfach geimpften. In einem dieser Fälle wurden 22 Kinder während einer Schülerversammlung in einer „schlecht belüfteten Halle ohne Tageslicht“ von einem einzigen Erkrankten angesteckt.⁶⁸ Die Autoren sind der Meinung, dass es bei intensivem Kontakt zu „astronomischen Ansteckungsraten“ kommen kann, wobei Geimpfte in gleichem Masse und Schwere wie Ungeimpfte erkranken. Und was noch viel schwerwiegender ist, das wichtigste Ziel, nämlich die Eliminierung, bzw. der Rückgang von Gehirnentzündungen, fand in Finnland nicht statt. Die Fälle von Enzephalitis anderer Ursache stiegen in dem Masse an, wie die Masern-Enzephalitis zurückging. Heute sind die Erreger Viren des Atemtraktes und des Verdauungssystems. Sie haben sozusagen den leeren Raum gefüllt, den das Masernvirus hinterlassen hat. Was wieder einmal beweisst, dass nicht die Mikrobe massgebend ist, sondern sein Umfeld.⁶⁹

In unseren Breitengraden besteht ein jahrhundertealtes Gleichgewicht zwischen Viren und Menschen. Wir können mit den Viren und den sie verursachenden Krankheiten umgehen. Verlernt aber unser Körper das, so kann das zu fatalen Folgen führen. So auch bei kommunen Krankheiten wie Masern. Sollten wir es mit künstlichen Mitteln wie dem Impfen schaffen, die Masern für etliche Zeit aus unseren Ländern zu vertreiben, sie aber dann eines Tages doch den Weg zurückfinden, so würde das für uns katastrophal enden.

Auf den Färöer-Inseln brach 1846 eine Masernepidemie aus. Der dänische Arzt Dr. Ludwig Panum beschrieb damals als erster eine Masernepidemie. Die letzten Masern hatte es auf den Inseln im Jahre 1781 gegeben. Am 28.3.1846 wurden sie aber wieder durch einen dänischen Tischler eingeschleppt. Er hatte sich in Dänemark angesteckt, bekam dann auf den Inseln in der Stadt Torshawn die Masern und erholte sich schnell wieder. Die armen Inselbewohner reagierten viel stärker als er selber. Von einer Bevölkerung von 7782 Einwohnern erkrankten ganze 6000, 200 starben. Von 98 alten Menschen, die die Masern noch 1781 durchgemacht hatten, erkrankte keiner.⁷⁰ Als die Masern das erste Mal auf den Fidschi-Inseln auftraten, starb mehr

als 1/4 der Bevölkerung daran (40'000 Menschen). Durch wieder neu eingeschleppte Masern ereigneten sich ebenfalls Epidemien in Grönland, Kanada, und New Guinea, die Sterblichkeit lag dort bei rund 25 Prozent.

Masernepidemie in Holland

Im Frühling 2001 geisterten sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland Meldungen von einer grossen Masernepidemie in Holland durch die Presse. Da es in Holland eine religiöse Gruppe von orthodoxen Calvinisten gibt, die Impfungen aus religiösen Gründen verweigern, kann man sie für die Ausbrüche von allen möglichen Krankheiten verantwortlich machen. So bereits geschehen bei angeblichen diversen Polioausbrüchen. Diesmal also musste diese Menschengruppe für die Masernepidemie geradestehen. Erstaunlicherweise erschienen im Abstand von mehreren Wochen fast in sämtlichen grösseren Tageszeitungen der Schweiz exakt identische Artikel mit dem Titel: „Masernepidemie mit tödlichen Folgen“. In den Berichten stand, 2961 Personen, vorwiegend im Alter von ein bis neun Jahren seien in einem Zeitraum von 10 Monaten an Masern erkrankt. Jede sechste betroffene Person erlitt teils schwere Komplikationen und drei Kinder im Alter von zwei, drei und 17 Jahren starben infolge der Maserninfektion.

Nachdem wir in Holland selber Nachforschungen anstellten, stellten wir zu unserem grossen Erstaunen fest, dass auf der Homepage der holländischen Gesundheitsbehörden von einer Epidemie nie die Rede war. Es gab in den letzten Jahren pro Jahr zwischen 1000 und 3'000 Masernkranke in Holland, was bei einer Bevölkerung von etwa 15 Millionen nichts aussergewöhnliches darstellt. Seltsamerweise berichteten auch weder die Schweizer noch die deutschen Gesundheitsbehörden ihrerseits etwas über diese Epidemie. Als wir dann zusätzlich noch holländische Ärzte befragten, war unser Erstaunen komplett. Eine Ärztin, die in dem sogenannten „Bible-Belt“ ihre Praxis hat, erzählte, sie habe etliche masernkranke Kinder behandelt, aber keines mit Komplikationen. Ein Homöopath erzählte von 34 Fällen in der Praxis, wobei er nur ein Kind mit einem Mittel behandeln musste. Über die drei Todesfälle haben wir folgendes erfahren:

Ein dreijähriges Mädchen starb. Ein Familienmitglied erzählte, sie hätte ein schweres Nierenleiden gehabt und war schon etliche Male deswegen hospitalisiert worden. Sie bekam erst die Grippe und dann noch die Masern. Das alles war zuviel für den kleinen, bereits stark geschwächten Körper und das Kind starb daran. Offizielle Todesursache: Tod durch Masern. Das zweite Mädchen war zweieinhalb Jahre alt und hatte schon zwei Herzoperationen hinter sich und bekam im Anschluss die Masern. Von einem Arzt, der am Wohnort des Kindes seine Praxis hat, erfuhren wir die Krankengeschichte. Offizielle Todesursache: Tod durch Masern. Beim dritten Todesfall handelte es sich um einen 17jährigen Jungen, der eine Komplikation erlitt, die nicht typisch für Masern ist. Er bekam ein sogenanntes adult respiratory distress Syndrom, d.h. Atemnotsyndrom. Offizielle Todesursache: Tod durch Masern. Diese Vorgesichten zu den Erkrankungen sind telefonisch von der Meldeabteilung des holländischen Gesundheitsamtes bestätigt worden.

Dass es sich bei diesen Todesfällen keineswegs um normal gesunde Kinder gehandelt hatte, verschwieg man wohlweislich der Bevölkerung. Bereits 1988 hatte es zwei Todesfälle nach Masern in Holland gegeben. Auch damals wurde der Bevölkerung verschwiegen, dass ein Kind ein chronisch ernsthaftes Lungenleiden hatte, und das andere Kind unter einem Down Syndrom litt.

Offiziell sind in Holland 86 Prozent der Bevölkerung geimpft. Die orthodoxen Calvinisten machen etwa zwei Prozent der Bevölkerung aus. Aber seltsamerweise leben diese Menschen in eigenen Gemeinschaften mit eigenen Kirchen und Schulen. Und die Masern suchen nicht nur sie heim, sondern auch die bestens durchgeimpfte Restbevölkerung. Die Behörden geben zu, dass trotz hoher Impfrate alle fünf bis sieben Jahre seit Einführung der Impfung Masernepidemien auftreten. So geschehen 1976 (dem Jahr der Einführung der Masernimpfung!), 1983, 1987-88, 1992-1994 und 1999-2000. Diese Epidemie, die in Wahrheit keine war, nehmen unsere Medien zum Anlass, um wieder einmal an die Masernimpfmüdigkeit zu erinnern.

So erzählte man uns Schweizern in diversen Ausgaben von Elternzeitschriften, dass die Schweiz eine Maserninsel sei. Die umliegenden Nachbarländer seien alle bestens durchgeimpft gegen Masern, nur wir

seien ein Schlusslicht in der Kette. Ein bekannter Kinderarzt aus der Zentralschweiz fabulierte gar über eine ähnliche Epidemie in der Innerschweiz mit zig Todesfällen. Dann erfuhren wir erstaunten Schweizer, dass man in Deutschland der Bevölkerung auch weisszumachen versuchte, sie befänden sich auf einer Maserninsel. Die Österreicher gesellten sich etwas später auch dazu! Willkommen auf der Insel! Sie wird ja scheinbar immer grösser! Es würde uns nicht erstaunen, wenn man auch den Holländern erzählen würde, sie befänden sich auf einer Maserninsel.

Warum nehmen die Masern ab?

In der Dritten Welt gibt es scheinbar seit 1990 Durchimpfungsra-ten von über 80 Prozent.⁷¹ Es wäre wichtiger, in diesen Ländern et-was gegen den Hunger zu unternehmen, Brunnen zu graben und Krie-ge zu beenden. Dann wären Infektionskrankheiten, so wie bei uns, nicht mehr nennenswert. Als bei uns in Mitteleuropa Hunger und Krieg herrschten, sind auch hier die Menschen noch reihenweise an Masern gestorben.

1996 kam die WHO, dank Einflüsterungen von den Pharmafirmen auf die grandiose Idee, die Masern weltweit auszurotten. Seitdem wird sie von fast allen Regierungen der Welt in ihrem Bestreben un-terstützt. In Deutschland ist seit dem 1.1.2001 das neue Infektions-schutzgesetz in Kraft. Es sieht unter anderem vor, in Fällen von Epi-demien Zwangsimpfungen gegen Masern durchzuführen. Die Grund-lage dazu bietet ein Meldesystem von Masern. Sie wird ergänzt durch ein Meldesystem der „Arbeitsgemeinschaft Masern“. Als Daten für diese „Arbeitsgemeinschaft Masern“ AGM, standen die drei grossen Impfstoffhersteller SmithKline Beecham, (heute GlaxoSmithKline) Pasteur Merieux MSD und Chiron Behring gemeinsam mit dem Ro-bert-Koch-Institut und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) Pate. Von Unabhängigkeit unserer Behörden kann hier wohl nicht mehr viel die Rede sein.

Dr. Redd sagte aus, dass das Masernvirus einen evolutionären Drift in den letzten 40 Jahren vollzogen hat, so dass es, bedingt da-durch, nichtmehr zu den schlimmen Epidemien der letzten Jahrhun-derte kommen kann.⁷² Wie die Graphik auf der folgenden Seite

**Bild 11**

Mehr als deutlich zeigt diese Graphik, dass die Todesfälle lange vor Einführung der Masern-Impfung am Abnehmen waren. Nach Einführung der Impfung wurde dieser Abwärtstrend sogar unterbrochen und die Zahl der Todesfälle stieg wieder an.

zeigt, waren die Masern lange im Rückgang begriffen, bevor die Impfung einsetzte. Eine andere Erklärung, warum Masern, auch ohne die Masernimpfungen verschwinden, könnte folgender sein: Masern sind eigentlich von Natur aus - so wie alle Kinderkrankheiten - dazu gedacht, den Körper unserer Kinder von Veranlagungen, Neigungen, ja Fremdstoffen zu reinigen, so dass er dank der Krankheit ein gesundes Erwachsenenleben führen kann. Diese Krankheiten sind jahrhunderthalang meist im Vorschulalter aufgetreten. Früher sind die Menschen noch natürlich aufgewachsen, ohne allzu grosse Manipulationen an ihrem Organismus. Heute sieht das völlig anders aus. Kaum hat das kleine Wesen das Licht dieser Welt erblickt, so wird es mit einer Vitamin K-Gabe beglückt. Vor noch nicht allzu langer Zeit kamen zur Begrüssung auch noch die Silbernitratropfen in die Augen, sowie eine Tbc-Impfung dazu. Verlief die Geburt normal, kommt das kleine Lebewesen noch recht glimpflich davon. Ansonsten gab es auch hier schon Medikamente. Von der Schwangerschaft mit ihren modernen Segnungen der Voruntersuchungen und Medikamente reden wir an

dieser Stelle lieber nicht! Mit nur wenigen Wochen nun kommen bereits die ersten Impflingen. Der Organismus eines solchen Kindes kann sich doch gar nicht mehr in seiner von der Natur gedachten Normalität entwickeln. Er ist regelrecht blockiert. Das ist auch der Kerninhalt von Dr. Grätz seiner Aussage, warum sich eine Krankheit durch die Impfung in das Erwachsenenleben verschiebt. Wir sollten nicht gegen, sondern mit der Natur arbeiten. Nur so werden wir gesunde Kinder und aus ihnen resultierend, dann zukünftige gesunde Generationen erhalten.

Nutzen Masern unseren Kindern?

Noch unsere Mütter und Grossmütter wussten nur Gutes von den einmal durchgemachten Masern zu berichten. Erfuhr man von einem masernkranken Kind, so wurde das eigene Kind zwecks Ansteckung flugs auf Besuch geschickt. In Indien nennt man Masern „den Besuch einer Göttin“. Seltsamerweise steigt heute in Medizinerkreisen mit abnehmender Häufigkeit und Komplikationen bei Masern, die Angst vor dieser Krankheit. Der Volksmund weiss zu berichten, dass durchgemachte Kinderkrankheiten wie die Masern, sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Doch halten solche „Weisheiten“ auch modernen Untersuchungen stand?

In der anthroposophischen Medizin heisst es, dass die klassischen Kinderkrankheiten zu tiefgreifenden Veränderungen im Körper führen. Es findet nämlich eine eigentliche Umschmelzung vom körpereigenen Eiweiss statt. Dies erkennt man am hohen Fieber und am Hautausschlag. Kinderkrankheiten führen in besonderem Masse zur Entwicklung und zur Reifung des Immunsystems. Dr. W. Bühler und Dr. O. Wolff, zwei anthroposophische Ärzte, schreiben dazu: „*Eltern, die mit wacher Aufmerksamkeit die Entwicklung ihrer Kinder verfolgen, machen die Erfahrung, dass eine Kinderkrankheit, - wenn sie in rechter Weise überstanden wurde - sich segensreich auswirkt. Am deutlichsten kann man das bei den Masern beobachten. Kräftig auftretende Masern führen zu einer Art von Aufquellung der Haut und der Schleimhäute. Das führt zu Schnupfen, Bindegauhtentzündung, Husten mit Schleimabsonderung, vor allem aber zu einer Aufweichung der Gesichtszüge, die Konturen werden unscharf was oft zu einer grotes-*

ken Veränderung der Gesichtsformen führt. Dann aber, nach zwei oder drei Tagen, gehen alle Schwellungen zurück, das Fieber und alle katarrhalischen Erscheinungen an Augen, Nase und Bronchien lassen nach. Langsam, aber immer deutlicher kommt dann ein neuer, oft fremder Gesichtsausdruck zur Erscheinung und nach einiger Zeit fällt aufmerksamen Eltern auf dass vielleicht sogar die bisherige Ähnlichkeit des Kindes mit Vater oder Mutter abgenommen hat, dass ein neues, individuelleres Gesicht entstanden ist. Auch sonst zeigt sich oft eine Veränderung im Kinde. Eigenarten oder Schwierigkeiten im Wesen, die bisher zu bemerken waren, treten zurück. Das Kind ist offensichtlich in ein neues Entwicklungsstadium eingetreten."⁷³

Viele Eltern wissen über grosse Entwicklungsschritte zu berichten, welche die Kinder während ihrer Masern machten. Vor allem veranlagte Krankheitsneigungen, so z.B. Atemwegsinfektionen, heilten dabei oftmals ab. Chronische Erkrankungen klingen auch oft nach durchgemachten Masern ab, so z.B. Schuppenflechte oder das nephrotische Syndrom, eine chronische Nierenerkrankung.⁷⁴ Bis in die 60iger Jahre wurden in der Kinderklinik in Basel Kinder mit dem nephrotischen Syndrom künstlich mit Masern infiziert. Anhand von modernen Untersuchungen erkennt man, dass Kinderkrankheiten auf längere Sicht geradezu eine gesundende Wirkung haben können.

Heute weiss man auch, dass jedes hohe Fieber, vor allem im Kindesalter, sich dahingehend positiv auswirkt, dass dieses Kind im späteren Leben vermutlich nicht an Krebs erkranken wird. Bereits 1910 veröffentlichte der damalige Leiter der chirurgischen Universitätsklinik in Wien, Dr. R. Schmidt eine Studie, in der er nachwies, dass die meisten seiner Krebskranken als Kinder keine fieberhaften Infektionskrankheiten durchgemacht hatten. Seither haben viele Wissenschaftler diese Aussage bestätigt. Infektanfällige Kinder sind nach durchgestandenen Masern gesünder und robuster.⁷⁵ In der Dritten Welt gibt es nach Masern bei den Kindern weniger Malaria und Parasitenbefall.⁷⁶ Das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, sinkt auf weniger als die Hälfte ab.⁶⁷⁷ Auch Multiple Sklerose ist bei Menschen mit durchgemachten Masern viel niedriger.⁷⁸

In einer grossen afrikanischen Studie wurde gezeigt, dass Kinder nach überstandenen Masern im späteren Leben ein um die Hälfte

niedrigeres Risiko für allergische Krankheiten haben als Geimpfte.⁷⁹ Ausserdem fand man heraus, das Heuschnupfen bei Kindern, die ältere Geschwister haben und Masern durchgemacht haben, seltener ist als bei denen, die gegen Masern geimpft wurden.⁸⁰

1985 veröffentlichte die Zeitschrift Lancet eine Studie von T. Rönne aus Dänemark mit dem Titel: „Masern-Virusinfektion ohne Ausschlag in der Kindheit steht im Zusammenhang mit Erkrankungen im Erwachsenenalter“. Als Ergebnis dieser breit angelegten Studie ergab sich, dass der Autor belegen konnte, dass eine durchgemachte Masernerkrankung vor dem Auftreten verschiedener anderer Erkrankungen schützen könne. Er zeigte ganz klar auf, dass zum Schutz nicht nur erhöhte Antikörper zählen, sondern vor allem das Auftreten des typischen Masernausschlages. Er bewies, dass die durchgemachten Masern vor allem vor Erkrankungen des Immunsystems, der Haut- und Hautanhangsgebilde, sowie vor degenerativen Knorpel- und Knochenerkrankungen und Tumorerkrankungen in der Lage sind zu schützen.⁸¹ Dr. Kummer schreibt: „Nach durchgemachter Krankheit (Masern, d. A.) kann man feststellen: Die Kinder laufen besser, sprechen flüssiger und bekommen geschicktere Finger; ihr Blick wird klarer, sie machen einen deutlichen Entwicklungsschritt. Das hat der Verfasser in seiner Praxis an fast 500 Kindern nachweisen können.⁸²

Verbesserung der Durchimpfungsquoten

In Deutschland gibt es zum Leidwesen des RKI und des DGK noch immer Masernkrankheit. Da man meint, die Masern ausrotten zu müssen, und dies scheinbar nur durch Impfen möglich ist, versucht man, den Eltern die Impfung schmackhaft zu machen. Viele Eltern verweigern aber besonders die MMR-Impfung, da sie der Meinung sind, diese Krankheiten sei ihr Kind sehr wohl in der Lage zu bewältigen. Da es in Deutschland keine Impfpflicht gibt, müssen sich die Behörden andere Strategien ausdenken, um die Impfstoffe an den Mann, bzw. das Kind zu bringen. 1995 fand in Marburg (D), am Sitz des Deutschen Grünen Kreuzes (DGK) ein Symposium unter dem Thema: „MMR - Verbesserung der Durchimpfungsquoten“ statt. Ein geladen hatte das DGK. Unter den Referenten befanden sich Vertreter der WHO, des RKI, verschiedener Gesundheits- und Sozialministe-

rien, des DGK, der STIKO, etc. Gerne möchten wir hier einige „Anregungen“ zitieren, damit der Bürger erfährt, was alles von offizieller Seite zu seinem Wohle geplant ist! Besonders Dr. Uwe Goering aus Pegnitz sprach recht deutliche Worte:

,Der Bevölkerung bereitet die kontroverse Diskussion, die wir um die Impfung in der Öffentlichkeit führen, natürlich Probleme. Der eine sagt „Hüh“, der andere sagt „Hott“. Wenn Sie als niedergelassener Arzt/Ärztin es schaffen, in Ihrer regionalen Zeitung einen tollen Artikel über die MMR-Impfung unterzubringen, macht der Journalist einen kleinen Kasten dazu und schreibt sinngemäss: „Es gibt aber auch Impfgegner und es gibt Komplikationen. Geehrte Leser, man muss also höllisch aufpassen und vorsichtig entscheiden und keinesfalls unkritisch jede Impfempfehlung übernehmen.“ Dann ist alles, was in dem dreispaltigen Artikel mühsam ausformuliert wurde, für die Katz. Und das verunsichert ganz einfach die Bevölkerung. (. . .) Juristisch sind Impfungen Körperverletzungen. (. . .) Der Gesetzgeber muss Voraussetzungen schaffen, dass Impfungen keine Körperverletzungen sind. Er ist aufgerufen, das Verfahren zu vereinfachen, damit Rechtssicherheit entsteht und das Aufklärungsverfahren für Impfungen erleichtert wird. (. . .) Die Industrie muss gemeinsam mehr für den Impfgedanken in der Öffentlichkeit werben. Weder im Fernsehen noch in den gängigen Zeitschriften gibt es Werbung für die MMR-Impfung. (. . .) Wir müssen schliesslich dazu kommen, dass die Unterrassung und nicht die Durchführung der Impfungen Konsequenzen für den Arzt/die Ärztin haben könnte. (. . .) Es ist sicher schwer mit der Pressefreiheit zu vereinbaren, aber Journalisten/Journalistinnen sollten auf eigene kritische Kommentare unmittelbar neben Impfartikeln von Fachleuten verzichten. (. . .) Der Begriff „Kinderkrankheiten“ ist dabei prinzipiell zu vermeiden. (. . .) Es ist ein moralisches Problem, die hohen Kosten moderner Impfprogramme der Allgemeinheit aufzubürden und demjenigen, der diese ungefährlichen Massnahmen verweigert, im Krankheitsfall vollen Schutz zu gewähren. Kann man Impfverweigerer an den unnötigen Krankheitskosten evtl. gleichermaßen beteiligen, wie das bei Brillen oder Zahnersatz schon lange üblich ist?“ Soweit Dr. Goering.

Prof. B. Stück sagte: „Von unserer Staatssekretärin Frau Berg-

mann-Pohl wurde überlegt, bei den Ärzten/Arztinnen ein Bonus-Malus-System nach englischem System einzuführen. (. .) Nach einer Umfrage von Prof. Schneeweiss bei Kinderärzten/Kinderärztinnen in den alten und neuen Bundesländern waren viele Kinderärzte/Kinderärztinnen in den neuen Bundesländern für eine Pflichtimpfung. Ich halte jedoch nichts von Pflichtimpfungen. "

Prof. Stehr von der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen brachte Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Universität: „Sie (die Ausbildungsordnung, d.A.) wurde vor über 30 Jahren geändert, und zwar so, dass eine obligate Ausbildung der Studenten/Studentinnen im Bereich Impfen nicht mehr gegeben ist. Früher gehörte ein Impfkurs, an dessen Ende eine Prüfung abgelegt werden musste, obligat zur Ausbildung. Das ist heute weggefallen. Die Ärzte/Ärztinnen, die diese Ausbildung nicht mehr genossen haben, sind heute die tragende Medizinergeneration. (. .) Ein weiteres Defizit in der Ausbildung entstand durch die Abschaffung der Pädiatrie als Hauptfach. (. .) Darüber hinaus wurde die Infektiologie in den vergangenen 30 Jahren an den Hochschulen stiefmütterlich behandelt. (. .) Zweitens sollte ein zweistündiger Impfkurs obligat sein mit der Aufgabenteilung, wie sie sich bei uns in der Praxis bewährt hat: Hygiene, Mikrobiologie und Pädiatrie."

Dr. A. Windorfer machte gar die eigenen Kollegen verantwortlich: „Entgegen einer irrgen Meinung ist es nicht die "Impfmüdigkeit" der Bevölkerung, die die Hauptursache für die zum Teil schlechten Durchimpfungsquoten darstellt, sondern es ist - vor allem ausgeprägt in den später 70er und in den 80er Jahren - die immer wieder fehlende Impfmotivation der Ärzte/Ärztinnen."⁸³

Zukunftsvisionen unserer Forscher

In der Ärztezeitung vom 29.6.2000 war nachzulesen, dass man zugibt, mit den bisherigen Strategien Masern nicht ausrotten zu können. Deshalb werden nun neue Möglichkeiten und Wege gesucht. US-Immunologen ist es nun erstmals gelungen, zwei DNA-Impfstoffe herzustellen, die Affen angeblich vor einer Infektion mit dem Masernvirus bewahren sollen. Man möchte diese Impfstoffe eines Tages auch bei Kindern unter neun Monaten anwenden. Bei der

Entwicklung neuer Impfstoffe und Impfstoff-Strategien für Kinder unter 12 Monaten gab es scheinbar „Rückschläge“. In Afrika wurden wieder einmal die Kinder als Versuchskaninchen benutzt. Anfang der neunziger Jahre kam es zu einer erhöhten Sterblichkeit dort, weil man Impfstoffe gegen Masern mit einer 100- bis 1000fach höheren Dosierung angewendet hatte. Nun also wollen uns die Amerikaner mit neuen DNA-Impfstoffen beglücken. Dr. Fernando Pollack hat mit seinen Kollegen von der Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health in Baltimore zwei DNA-Impfstoffe entwickelt, die die genetische Bauanleitung für das Hämagglutinin oder das Fusionsprotein von Masernviren enthalten.⁸⁴ Mit diesem Impfstoff werden bereits Versuche an Affen durchgeführt. Zum Impfschutz habe, so die Autoren, weniger die zelluläre, sondern im wesentlichen die humorale Immunität beigetragen. Womit wieder ein Grundstein gelegt worden ist, zu einer unbrauchbaren Impfung. Nur, wenn das zelluläre und das humorale Immunsystem gleichermassen stimuliert werden, wie im Falle einer natürlichen Erkrankung, kann ein ausreichender Immunschutz aufgebaut werden.

Vielleicht sollten wir etwas weniger versuchen, regulierend in die Natur einzugreifen, solange wir sie nicht einmal im Ansatz verstanden haben.

¹ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press 3rd Edition, 1999

² Witsetburg, BC et al, Kinderärztl Prax 1999, Sonderheft Impfen 2:26

³ Klein P., et al, Impfen, Routine oder Individualisation, 1999

⁴ Glöckler M., Goebel W, Kindersprechstunde, Urachhaus, 1998

⁵ Windorfer/Grünweg, Bundesgesetzblatt 3, S. 87, 1993

⁶ Delarue S., Impfschutz Irrtum oder Lüge? Hirthammer 1997

⁷ Nightingale M., 1999, Epoch 81/82

⁸ Gilbert et al, O Epid, 1995

⁹ Barclay AJG., et al, Br Med J; 294: 294-296

¹⁰ Sommer A., et al, 1986, Lancet 1: 1169-1173

¹¹ Frieden TR, et al, 1992, Am J Dis Child; 146:182-186

¹² Hirte M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001

¹³ Miller C., BMJ 1987, 295(6589): 22-23

¹⁴ Tsang SX et al, J Viral, Juli 1999, 73(7): 5843-5851

¹⁵ Barlow WE et al, NEJM 2001; 345: 656-661

¹⁶ arznei-telegramm, 1996, 2:22

¹⁷ Shaheen SO, et al. Lancet, 1996, 347: 1792-1796

- ¹⁸ Quast U., Impfreaktionen, Hippokrates Verlag 1996
- ¹⁹ Plesner AM, et al, Acta Paediatr 2000, 89(1): 58-63
- ²⁰ Stevenson, VL et al, Br J Ophthalmol 1996, 80(12): 1110-1111
- ²¹ Grose C et al, Am J Med, 1976, 60(3):441-443
- ²² Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC, 1994
- ²³ Morris K, et al, Lancet 1994, 343:60
- ²⁴ Joyce KA, et al, BMJ 1995, 311(7002): 422
- ²⁵ CDC MMWR, 1998, 47(RR-8), 1-57
- ²⁶ Martinon-Torres F., et al, J Ree Neurol 199, 28(9): 881-882
- ²⁷ Allerdist H., Dev Biol Stand 1979, 43:259-264
- ²⁸ Bitnun A et al, Clin Infect Dis, 1999, 29(4): 855-861
- ²⁹ arznei-telegramm, 1990, 2:22
- ³⁰ Jabbour JT et al, J Am Med Ass 1972, 220:959-962
- ³¹ Schneck, Neurology, 1968
- ³² Dyken PR, et al, Pediatric Neurology 1989, 5: 339-341
- ³³ Virusepidem. Information, 19/01
- ³⁴ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ³⁵ Ekbom A., et al, Lacnet 1994, 344(8921): 508-510
- ³⁶ Thompson NP et al, Lancet 1995, 345: 1971-1974
- ³⁷ Wakefield AJ,, Lancet 1998, 351(9103): 637-641
- ³⁸ Barr R et al., Vaccines - Fact Sheet, 1999
- ³⁹ Rimland B., The Autism Increase, Aussage beim Hearing des US-Repräsentantenhauses, 6.4.2000
- ⁴⁰ Peltola H et al, Lancet 1998, 351(9112): 1327-1328
- ⁴¹ Taylor B et al., Lancet 1999, 353(9169):2026-2029
- ⁴² Hirte M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001
- ⁴³ Daily Mail, Interview, 11.12.2001
- ⁴⁴ Singh VK et al, Brain, Behaviour and Immunity 1993, 7:97-103
- ⁴⁵ Poser CM., Consultant Jan 1987; 45-46
- ⁴⁶ CDC MMWR, 1996, 45 (RR-12): 1-35
- ⁴⁷ Ronne T., Lancet 1985, 1(8419):1-4
- ⁴⁸ Cherkezia, SE et al, Vopr Virusol 1979, Sept-Oct (5):547-550
- ⁴⁹ Ärzte-Woche, 18.6.97
- ⁵⁰ CDC, MMWR 1999/48(RR05): 1-15
- ⁵¹ Schmitt, HP,Schutzimpfungen 2000 infomed
- ⁵² Schmitt, HP,Schutzimpfungen 2000 infomed
- ⁵³ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ⁵⁴ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ⁵⁵ NVIC, Bulletin 1991
- ⁵⁶ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ⁵⁷ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ⁵⁸ Rand KH et al, J Am Med Ass: 235:1028-1031
- ⁵⁹ Reuman PD 1979, Ann Int Med; 90 (6): 978-980
- ⁶⁰ Grätz J.-F., Sind Impfungen sinnvoll? Hirthammer Verlag, 1999
- ⁶¹ CDC, MMWR 1.2.85
- ⁶² Hardy IRB et al, NZ Med J; 13.Mai: 273-275
- ⁶³ Gustafson TL., N Engl J Med: 316 (13):771-774
- ⁶⁴ Black FL, et al, Bull HO; 62(92):315-319

- ⁶⁵ Kummer K-R., Merkurstab, 4/95
⁶⁶ Virusepid. Info. 15/01
⁶⁷ Williams P., Reviews of Infection Dec 1983).
⁶⁸ Paunio M et al, Am J Epidemiol 1998, 148(11): 1103-1110
⁶⁹ Kummer K-R., Merkurstab, 4/95
⁷⁰ Panum, Virchows Archiv, 1847
⁷¹ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
⁷² Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
' Bühler W., Wolff O., Kinderkrankheiten haben einen Sinn, Soziale Hygiene, Merkblatt 114
⁷⁴ Chakravati VS et al, Annals of Tropical Paediatrics, 1986, 6: 293-294
⁷⁵ Kummer KH., Merkurstab 1992, 3:180-189
⁷⁶ Rooth IB, Am J Trop Med Hyg 1992, 47(5): 675-681
⁷⁷ Albonico HU, Med Hypotheses 1998, 51(4): 315-320
⁷⁸ Kesselring J, Schweiz Med Wochenschr 1990, 120: 1083-1090
⁷⁹ Shaheen SO et al, Lancet, 1996, 347: 1792-1796
⁸⁰ Lewis SA et al, Clin Exp Allergy 1998, 28(12): 1493-1500
⁸¹ Rönne T., Lancet 1985, 1(8419):1-4
⁸² Kummer KH., Merkurstab 1992, 3:180-189
⁸³ MMR Verbesserung der Durchimpfungsrate, Kilian Verlag, 1995
⁸⁴ Nat Med 6/7, 2000, 776

Die Meningokokkenimpfung Kleiner Schwindel mit grosser Wirkung

Eine Meningitis ist eine Gehirnhautentzündung. Hier können sowohl Bakterien als auch Viren eine Rolle spielen. Bakterielle Gehirnhautentzündungen können beim bereits vorgeschwächten Menschen durch Meningokokken, Haemophilus influenzae b, Pneumokokken, Borrelien, E.- Coli, Staphylokokken, Streptokokken, Listeriose, etc. entstehen. Eine Impfung gibt es gegen Meningokokken A, C, W123, Y, Pneumokokken und Hib. Im deutschsprachigen Raum, vor allem in Österreich, möchte man die Impfung gegen Meningokokken in die Liste der empfohlenen Impfungen aufnehmen. Anstatt sich Gedanken zu machen, warum und unter welchen Umständen diese Krankheit entsteht, forciert man lieber mit allen Kräften eine Impfung.

Meningokokken sind runde oder ovale Bakterien. Sie können in Paaren (Diplokokken), in Vierergruppen (Tetraden), in Achtergruppen (Sarcinen), in grösseren Haufen (Staphylokokken) oder in Kettenform (Streptokokken) gelegen sein. Meningokokken (=Neisseria meningitidis) sind semmelformige, gramnegative Diplokokken. Sie tragen als Besonderheit eine Polysaccharidkapsel. Diese Kapselstruktur bestimmt die Serogruppe der Erreger. Man unterscheidet in der Zwischenzeit 13 Serogruppen: A, B, C, D, H, I K, L, W135, Y, Z, 29E. Diese Serogruppen lassen sich aufgrund von Membranprotein der äusseren Zellwand wieder in Serotypen und Serosubtypen (z.B. 15 PI.6) unterscheiden. Innerhalb einer Serogruppe besteht eine hohe Kreuzimmunität. Meningokokken sind sehr empfindlich gegen Kälte, Hitze und Austrocknung und vertragen auch keine pH-Werte höher als 8,6.

Bei den Meningokokken-Erkrankungen finden wir Neisseria Meningitidis, die sich auf den Schleimhäuten des Nasen-Rachen-Raumes des Menschen ansiedeln. Sie kommen ausschliesslich beim Menschen vor. Untersuchungen belegen, dass 2 bis 25 Prozent aller Menschen diese Bakterien im Nasen-Rachen-Raum haben, ohne je selber krank zu werden. Sie sind also Träger und/oder Überträger der Krankheit. Die Trägerrate liegt höher bei Rauchern und als Folge von Infektio-

nen im Nasen-Rachen-Bereich. Personen mit geschwächtem Immunsystem tragen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko als immungesunde Menschen. In unseren Klimazonen kommt die Krankheit vor allem im späten Winter und Frühjahr vor. In Afrika treten sie in der heißen Zeit am Ende der Trockenperiode auf (März bis April). Mit Einsetzen der Regenzeit hören die Epidemien dort schlagartig auf. Sowohl in Afrika als auch bei uns im gemäßigten Klima sind dies genau die Zeiten mit der niedrigsten Luftfeuchtigkeit. Man nimmt daher an, dass die Vorschädigung der Schleimhäute durch die trockene Luft eine Art Vorbedingung zu der Krankheit ist.¹

In der Schulmedizin sind viele Dinge ein Rätsel, vor allem solche, die sich nicht messen oder wiegen lassen. So schreibt Dr. J. Banzer im österreichischen *medjournal*: „Über die Ursachen warum manche Menschen zu „gesunden“ Keimträgern zu rechnen sind, während andere erkranken, ist noch wenig bekannt.“ Hier gibt die moderne Medizin zu, mit ihrer Infektionstheorie in einer Sackgasse gelandet zu sein. Denn die Thesen von Pasteur, Koch & Co., sind längstens nicht mehr zu belegen. Wo Keime sind, müssen keine Krankheiten sein! Zu einer Erkrankung kommt es ausschliesslich, wenn unter bestimmten Voraussetzungen, wie z.B. Abwehrschwäche, Begleitinfektionen etc., die Mikrobe von der Schleimhaut in das Blut gelangt und sich dadurch im Organismus verbreitet.²

Wenn es aber gesunde Keimträger gibt, d.h. Menschen, die Meningokokken in sich tragen, aber trotzdem gesund bleiben, dann können die Meningokokken nicht die Ursache der Krankheit sein, weil sonst jeder Träger auch automatisch krank werden würde. Es gibt noch etliche solcher Krankheiten, die unter die gleiche Kategorie fallen, wie z.B. Diphtherie, Hib, etc. Das Milieu, das ein Keim - hier der Meningokokkus - vorfindet, entscheidet, ob der Mensch krank wird oder nicht. Unsere gegenwärtige angewandte Medizin nimmt diese Dinge nur ungern zur Kenntnis, weil sie damit ihre eigene Infektionstheorie ad absurdum führen würde.

Epidemien können einzig in tropischen Regionen und im Sub-Sahara-Bezirk durch die Serogruppe A verursacht werden (*S. Bild Seite 219*). Bei uns in Mitteleuropa herrschen meist die Serogruppen B und C vor, wobei z.B. in Deutschland im Jahr 2000 70,9 Prozent

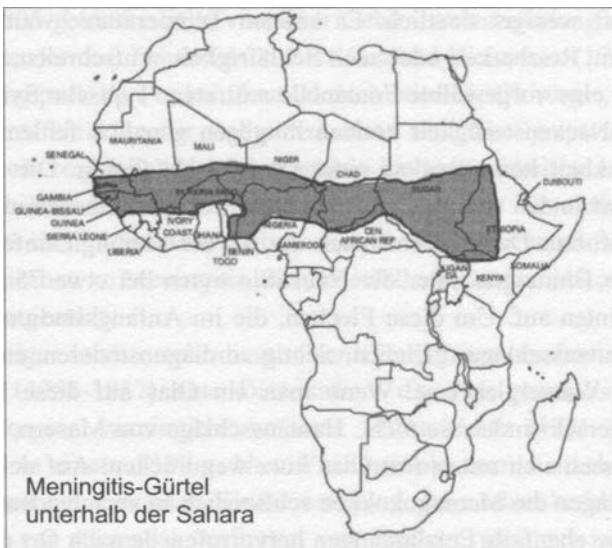


Bild 12

der Gruppe B und 21,4 Prozent der Serogruppe C angehörten.³ Sie treten sporadisch und nicht als Epidemie auf. Am häufigsten treten Meningokokkeninfektionen im sogenannten „Meningitispfand“ auf, der sich in Zentralafrika von Obervolta über Nigeria, Tschad bis nach Äthiopien erstreckt. Weltweit werden mehr als 90 Prozent aller Meningokokken-Infektionen durch die Serotypen A, B, C und Y hervorgerufen, während sich die übrigen Serogruppen zwar bei Trägern, jedoch selten bei Erkrankten finden. Auch die Träger bilden Antikörper, mit Ausnahme von Typ B, der keine Antikörperbildung auslöst⁴

Die Krankheitssymptome

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 3 bis 4 Tage und kann in einem Bereich zwischen 2 und 10 Tagen liegen. Die Erkrankungen verlaufen in etwa der Hälfte der Fälle als eine eitrige Gehirnhautentzündung. Sie kann einen langsamem Verlauf oder eine plötzliche Manifestation innerhalb von Stunden aufweisen. Nach einem kurzen Unwohlsein treten typische Meningitissymptome auf wie Kopfschmerzen, Fieber, Nackensteifigkeit, Erbrechen sowie schwerstes Krankheitsgefühl. Bei Neugeborenen und Säuglingen sind die Sym-

ptome oft weniger deutlich. Es können Temperaturschwankungen, Erbrechen, Reizbarkeit oder auch Schläfrigkeit, Aufschreien, Krämpfe sowie eine vorgewölbte Fontanelle auftreten. Typische Symptome wie die Nackensteifigkeit können hingegen gänzlich fehlen. Durch die Krankheit kommt es zu einer Gewebeschädigung. Die Gefasswände entzünden sich und es entwickeln sich Thrombosen und Zellwandnekrosen. Dadurch entstehen die für die Meningitisinfektionen typischen Blutungen unter der Haut. Sie treten bei etwa 75 Prozent der Patienten auf. Um diese Flecken, die im Anfangsstadium denen eines Hauthausschlages gleichen, richtig zu diagnostizieren, empfiehlt sich der Wasserglas-Test. Wenn man ein Glas auf diese Flecken drückt, verschwinden sie nicht. Hauthausschläge von Masern, etc. dagegen lassen sich mit einem Glas kurz wegdrücken. Auf dem Blutweg gelangen die Meningokokken schliesslich in verschiedene Organe, wo sie ebenfalls Entzündungen hervorrufen. Je nach Ort der Entzündung wird der weitere Verlauf der Krankheit bestimmt. Nach Überwindung der Blut-Hirnschanke gelangt der Erreger in das Gehirn.

Es können sich vor allem zwei schwere Verlaufsformen zeigen: Die eitrige Meningokokken-Meningitis tritt bei fast 40 Prozent der Meningokokkeninfektionen auf. Die Meningokokken-Sepsis löst Schüttelfrost, Übelkeit und Ausschlag aus. Das Waterhouse-Friderichsen-Syndrom zeigt sich mit starken Blutungen in Haut und Schleimhäuten und in beiden Nebennierenrinden, mit anschliessendem Nierenversagen.

Die Geschichte der Krankheit

Schon Hippokrates beschrieb im ersten Kapitel des dritten Buches von De morbis die Gehirnhautentzündung. Die berühmten alten Ärzte, wie Galen und der in Persien und Syrien tätig gewesene Ar Rasi, Muhammad Ibn Sakarijja, Abu Bakr (genannt Rhazes, 865-925), wie auch die Renaissance-Ärzte Hieronymus Mercurialis (1530-1606) und Daniel Sennert (1572-1637) scheinen die Krankheit gekannt zu haben. Sie besassen aber keine spezifischen Erkenntnisse über deren Verlauf. Thomas Willis (1621-1675) gab in seiner Publikation „A description of an epidemical fever“ (London 1661) die erste ausführliche Schilderung einer Meningitis-Epidemie. Als in Genf und Umge-

bung 1805 gehäufte Fälle von einer Gehirnhautentzündung auftraten, verfasste der dort behandelnde Arzt Gaspard Vieusseux (1746-1814) einen Rapport, den er im „Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie“ veröffentlichte. Er stellte fest, dass sich die Symptome dieser Krankheit von den bislang bekannten Fieberkrankheiten wesentlich unterschieden. Die Epidemie damals umfasste vor allem die Armenquartiere und in der Stadt starben vom 16. März bis zum 8. Mai dreissig Menschen an Meningitis, die Todesfälle in der ländlichen Gegend nicht mitgezählt.

Wenige Jahre nach dieser Veröffentlichung verfasste Nathan Strong (1781-1837) eine Dissertation, die sich ebenfalls mit der „cerebrospinal meningitis“ befasste. Elisha North (1771-1843) berichtete in einem 1811 in New York erschienenen Artikel, dass die Krankheit hauptsächlich Kinder und junge Menschen befalle. Er beschrieb vor allem das Auftreten von Flecken, meistens in Gesicht, Nacken und Extremitäten. Während bei der Epidemie von 1806/1807 fast alle Patienten diese Flecken aufwiesen, wurde dieses Symptom 1808/1809 nur selten festgestellt.

1887 entdeckte der Pathologe und Anatom Anton Weichselbaum (1845-1920) in Wien ein Bakterium, das er immer wieder bei den so Erkrankten feststellte und nannte es *Displococcus intracellularis meningitidis*. Die bis zur Einführung von Sulfonamiden und Antibiotika angewandte Therapie war nur teilweise erfolgreich. Sie bestand eigentlich im Wesentlichen in Essigumschlägen auf den geschorenen Kopf, Narkotika gegen Unruhe und Schmerzen, Jod- und Kaliumgaben sowie Lumbalpunktionen.⁵

Die Impfung gegen Meningokokken

Bereits vor 1940 wurden viele Versuche gemacht, einen Impfstoff gegen Meningokokken herzustellen. Diese Impfstoffe basierten auf abgetöteten ganzen Organismen oder einem groben Extrakt von unreifen Kulturen. Mitte der vierziger Jahre entdeckten verschiedene Wissenschaftler, dass Mäuse Antikörper gegen gekapselte Polysaccharide bildeten.⁶ Diese Versuche scheiterten allerdings am Menschen. Schliesslich stellte man fest, dass mit Sulfonamiden grosse Fortschritte in der Behandlung gemacht wurden und so unterliess

man weitere Forschungen an Impfstoffen gegen Meningokokken. 1963 aber traten die ersten Resistenzen bei Sulfonamiden gegen Meningokokken B auf. Zuerst bei US-amerikanischen Militärangehörigen und dann bei der allgemeinen Bevölkerung.⁷

Sulfonamid-Resistenzen gegen Meningokokken der Serogruppe C waren dann ausschlaggebend dafür, dass schliesslich doch wieder die Forschung eines Impfstoffes vorangetrieben wurde. Goldschneider und seine Mitarbeiter entdeckten, dass gruppenspezifisch bekapselte Polysaccharide der Serogruppen A und C wesentlich für eine Immunität verantwortlich sind.⁸ Gotschlich fand den gleichen Mechanismus bei den Serogruppen Y und W-135.⁹ Bei den ersten Impfstoffen gegen Meningokokken handelte es sich um gereinigte, gruppenspezifische Hüllenpolysaccharid-Impfstoffe. Sie wurden damals ihrer guten Wirkung und vor allem ihres guten Schutzes wegen gerühmt. Noch bei Prof. H. Spiess sind solche Lobeshymnen nachzulesen¹⁰ Doch heute, seit es Konjugatimpfstoffe gegen Meningokokken gibt, wird offen zugegeben, wie wirkungslos die alten Impfstoffe gewesen seien. Die Firma Baxter schreibt dazu: „Die früheren Meningokokken-Impfstoffe, die ausschliesslich auf Polysaccharid-Basis beruhen, haben eine Wirksamkeit von ca. 60 Prozent bei Erwachsenen, eine noch niedrigere Immunogenität bei Kindern und fehlende Wirkung bei Säuglingen gezeigt.“¹¹ Der neue Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff ist vergleichbar mit dem Hib-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff. Bei Konjugatimpfstoffen sollen laut Hersteller durch die Kopplung des T-zellunabhängigen Polysaccharid-Antigens an ein immunologisches Träger-Protein eine T-zellabhängige Reaktion hervorgerufen werden. Als Trägerprotein verwendet man bei den Meningokokken Impfstoffen Tetanus- oder Diphtheriekomponenten. Sobald die nächste Generation dieser Impfstoffe entwickelt ist, werden wir auch die Wahrheit über die jetzigen Impfstoffe erfahren.

Wirksamkeitsstudien zum Meningokokken-C-Impfstoff

Kommt ein neuer Impfstoff auf den Markt, wird er hochgejubelt. Der Hersteller spannt bekannte Professoren und Klinikchefs ein, um in den verschiedenen Ärztezeitschriften als Artikel getarnte Werbung für das neue Produkt zu betreiben. Teure Fortbildungen werden für

die Ärzte samt dazugehörigen Gattinnen offeriert und fleissige Vertreter erscheinen mit ihren Köfferchen in den Arztpraxen und versprechen das Blaue vom Himmel. Kein Wunder, dass das Budget für Werbung und Akzeptanz neuer Impfstoffe bedeutend höher liegt als die finanziellen Mittel für die Forschung selber.

Um die Wirksamkeit und die Unbedenklichkeit der Impfstoffe aufzuzeigen, werden Studien benötigt, die dann um ihre Wichtigkeit beim Leser zu unterstreichen, mit diversen Graphiken und komplizierten Ausdrücken ausgeschmückt werden. Leider wird dadurch das Produkt selber auch nicht wirksamer oder harmloser! Denn diese Studien haben alle ohne Ausnahme, sofern sie vom Hersteller selber gemacht wurden* zwei kleine aber dennoch sehr gravierende Schönheitsfehler. Erstens gibt es keine richtige Kontrollgruppe und zweitens wird die Wirksamkeit lediglich und ausschliesslich an der Anzahl der vorgefundenen Antikörper gemessen. Wenn man eine Studie zu einem Impfstoff machen möchte, so ist es wichtig, dass man eine völlig ungeimpfte Kontrollgruppe verwendet. Heute aber wird die Kontrollgruppe ebenfalls geimpft, lediglich mit einem anderen Impfstoff. Dies lässt keinen neutralen Vergleich zu. Aber vielleicht ist dies ja auch bewusst einkalkuliert. Selbstverständlich kann hier der Hersteller dann anschliessend zu Recht behaupten, in der Kontrollgruppe seien nicht mehr Nebenwirkungen aufgetreten als in der mit seinem Impfstoff geimpften Gruppe.

Die Firma Baxter stellt einen neuen Meningokokken-C-Konjugat-Impfstoff mit dem Namen NeisVac-C her. In einer grossangelegten Werbekampagne des Herstellers dürfte es keiner Arztpraxis gelungen sein, die in verschiedenen Grössen und Umfang gestalteten blau-grünen Prospekte und Broschüren übersehen zu haben. Damit man die Broschüre auch liest, ist sie in grosser Schrift und mit bunten Bildern aufgepeppt. Nur die Fachinformation ist schlicht und kleingedruckt auf den letzten beiden Seiten untergebracht. Doch gerade hier lohnt sich ein aufmerksamer Blick.

Unter Punkt 5.1 *Pharmakodynamische Eigenschaften* lesen wir:
 „Es wurden keine Studien zur klinischen Wirksamkeit durchgeführt. Serologische Korrelate für die Schutzwirkung wurden für konjugierte Meningokokken-Impfstoffe der Gruppe C noch nicht eindeutig defi-

niert. Diese Studien laufen noch.¹² Sinnigerweise steht auf dem Deckblatt der Broschüre „Der neue Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff schützt!“ Woher aber weiss man ohne klinische Studien ob und wie lange ein Impfstoff schützt? Wenn dann anschliessend noch zugegeben wird, dass man nicht einmal weiss wie und ab wann ein Schutz genau zu definieren ist, treten berechtigte Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Herstellers auf. Baxter verrät sodann noch dem erstaunten Leser in seiner Broschüre, dass „Für Impfstoffe (. . .) keine pharmakokinetischen Studien erforderlich (sind).“ Pharmakokinetische Studien untersuchen den Einfluss des Organismus auf Arzneistoffe. Wird hier der zu Impfende zum Versuchskaninchen degradiert? Die Firma Baxter geht davon aus, dass bei der Flut von Werbematerial, das sie ständig an die Ärzte schicken, nur überflogen aber nichts gelesen wird. Denn wie anders Hesse es sich erklären, dass nur zwei Monate nach Erscheinen der obengenannten Broschüre ein Artikel erscheint, der von sechs klinischen Studien mit einer „sehr guten Verträglichkeit“ unter 2700 Probanden schwärmt?¹³ In besagtem Artikel wird betont, der Impfstoff sei „grundsätzlich für alle Altersgruppen geeignet“, wo hingegen im Beipackzettel deutlich steht: „Es Hegen nur sehr wenige Daten über die Unbedenklichkeit und Immunogenität des Impfstoffes bei Erwachsenen vor und es gibt keine Daten für Erwachsene ab dem 65. Lebensjahr.“ Die Zeitschrift *ellipse* ist sinnigerweise die Hauszeitschrift der Firma Baxter! Es Hegen keinerlei Daten zur Verwendung des Impfstoffes bei Schwangeren vor, dennoch sollten sie laut Hersteller nicht von einer Impfung ausgeschlossen werden. Schliesslich möchte man sein Produkt auch verkaufen können!

Das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sich auch Gedanken über die Wirksamkeit dieser Impfstoffe gemacht und „schätzt“, aufgrund der Krankheitshäufigkeit bei Geimpften und Ungeimpften nach neun Monaten eine Wirksamkeit der Impfung von 92 Prozent.¹⁴ Mit diesen „Schätzungen“ als Grundlage sollten unsere Eltern zum Impfen ihrer Kinder angehalten werden. Gehirnhautentzündungen treten nicht epidemisch bei uns auf, denn sie sind keine eigenständige Krankheit, sondern immer die Folge einer vorangegangenen Schwächung des Organismus. Wie aber ist es dann möglich,

nach einem frei gewählten Zeitraum von neun Monaten anhand der Krankheitshäufigkeit auf eine Wirksamkeit des Impfstoffes zu schliessen? In dem Fall war der Zufall mehr als dienlich.

In einem Schreiben von Baxter an deutsche Ärzte steht: „Als Massstab der Wirksamkeit eines Impfstoffes kann die Bestimmung der bakteriziden Aktivität im Serum herangezogen werden“¹⁵ Ein Impfstoff - oder jedes Medikament - ist wegen Wirksamkeit und Verträglichkeit nicht in einer geschützten Umgebung wie Labor oder Verpackung zu beurteilen, sondern in seiner Wechselwirkung im jeweiligen Organismus. Jeder von uns ist ein Individuum mit anderem Milieu im Organismus. So lässt sich auch verstehen, warum der eine Mensch stärker, schwächer oder gar nicht auf ein Medikament oder einen Impfstoff reagiert.

Meningokokken-Situation im deutschsprachigen Raum

In der Schweiz hat sich eine „Arbeitsgruppe Meningokokken“ gebildet, die momentan aus sieben Personen besteht und die Meningokokken-Häufigkeit beobachtet. Die Impfung wird allen engen Kontaktpersonen von Patienten empfohlen, wenn eine Erkrankung auf Meningokokken der Serogruppe C oder eine unbekannte Serogruppe zurückzuführen ist. Bei Fällen in Schulklassen wird die Chemoprophylaxe (d.h. Antibiotika) allen Schülern der Klasse empfohlen. Die Vereinigung Schweizer Kantonsärzte hatte anfangs 2001 das BAG und das Bundesamt für Sozialversicherungen aufgefordert, die Impfungen gegen Meningokokken bei allen Rekruten obligatorisch zu machen. Das BAG aber entschied sich gegen das Obligatorium.¹⁶ Stattdessen wurde im Frühjahr 2002 erstmals den Rekruten diese Impfung empfohlen. Die Kosten werden von der Militärkasse übernommen. Alle Rekruten erhalten ein Merkblatt ausgehändigt, in dem in wenigen Sätzen die Krankheit beschrieben wird. Unter anderem steht dort: „Sie ist gefahrlos und die Nebenwirkungen sind nicht schwerer Natur und selten. (. . .) Selbstverständlich kann niemand zu einer Impfung gezwungen werden. Wir empfehlen Ihnen aber sich dieser zu unterziehen.“¹⁷

Im Jahr 2001 gab es 186 Erkrankungen, von denen 51 Prozent der Serogruppe C angehörten¹⁸ Seit 2001 ist eine Abnahme der gemel-

deten Fälle festzustellen. Das BAG teilte mit, dass sehr wenige Impfungen stattgefunden hätten, deswegen kann der Rückgang der Fälle nichts mit der Impfung zu tun haben. Der Rückgang betraf vor allem die Serogruppe C.¹⁹

In Österreich gibt es die „Initiative Meningokokken“. Sie wurde von Prof. Huber ins Leben gerufen und besteht momentan aus 20 Personen. Ihre Publikationen sind im blau-grünen Farbton gehalten, dem gleichen Ton wie die Werbungen für den Impfstoff. So verwundert es denn auch nicht, wenn das Konsensus-Statement mit „freundlicher Unterstützung von Baxter“ entstanden ist. So etwas nennt sich dann eine fruchtbare Zusammenarbeit! Die Mitglieder der „Initiative Meningokokken“ befürworten die Impfung gegen Meningokokken C bei allen Säuglingen, aber besonders bei Jugendlichen in Internaten, Kasernen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen. Auch gesundheitlich gefährdeten Personen wird die Impfung angeraten, wie z.B. solchen mit Immundefekten, Personal in Labors, Intensivstationen und der Pädiatrie. Diese ganze Panik sieht etwas anders aus, wenn man sich die Erkrankungszahlungen in Österreich ansieht. Mit ca. acht Millionen Einwohnern hat die Alpenrepublik jährlich bis zu 100 Fälle von Meningokokken, von denen 2/3 bis 3/4 der Serogruppe B zuzuordnen sind und weitere 25 bis 30 Prozent der Serogruppe C.²⁰ Da es gegen die Serogruppe B keine Impfung gibt, würden also 25 bis 30 Fälle - sofern die Impfung schützen würde! - verhindert werden. Österreich hat jährlich etliche hundert Fälle von Tbc, Malaria etc., von den Verkehrsunfällen ganz zu schweigen. Hat man hier je von einer derartigen Kampagne gehört, die die gesamte Bevölkerung einbezieht? Zusätzlich wird noch für etwas geworben, für das es keinerlei Beweise der Wirksamkeit gibt. Und über die Nebenwirkungen der Impfung hat man in dieser Initiative Meningokokken noch kein Wort verloren. Auch in Österreich gibt es seit 2002 deutlich weniger Fälle von Meningokokken C.²¹

In Deutschland traten nach Angaben vom RKI im Jahr 2000 756 Fälle von Meningokokken auf, von denen 21,4 Prozent von der Serogruppe C verursacht waren.²² Die Impfung wird vom RKI allen Personen mit Immundefekt, Reisenden in endemische Länder, Schüler vor Langzeitaufenthalten in Ländern mit empfohlener Meningo-

kokken-Impfung und gefährdetem Laborpersonal angeraten. Es gibt ebenfalls eine „European Meningitis Surveillance Group“, die die Situation in Europa überwacht.

Meningitis-Epidemie in Burkina Faso

Die WHO, der Pharmakonzern GlaxoSmithKline sowie die Stiftung von Bill Gates wollen gemeinsam für die Gesundheit der afrikanischen Bevölkerung etwas tun. Die Bill und Melinda Gates Stiftung hat hierzu allein \$ 70 Millionen gespendet. Mit von der Partie sind auch noch die Holländische Sync Bio Partners, Biosynth in Italien und das Indische Serum Institut. Sie alle möchten die weitere Ausbreitung einer Meningitis-Epidemie in Afrika verhindern und stellen hierfür drei Millionen Impfdosen verbilligt bereit.²³ Dazu wird die einzelne Impfung für weniger als \$1 verkauft.

Besonders in Burkina Faso hat die Krankheit schlimme Ausmasse angenommen. Von den Gesamttotalen im Meningitisstreifen innerhalb von zwei Monaten waren über die Hälfte aus Burkina Faso. Was uns die Medien allerdings verschwiegen, war, dass im Januar 2002 eine grosse Impfkampagne gegen Meningokokken in Burkina Faso stattgefunden hatte. Daraufhin starben in dem kleinen Land von Januar bis Februar 2002 400 Menschen und über 2000 Neuerkrankungen wurden gemeldet.²⁴

Impfstrategien

Am 20. Januar 2003 hat die erste Meningokokken C-Massenimpfung in *Italien* begonnen. In Magenta, eine Stadt wenige Kilometer von Mailand entfernt, sollen 10000 Kinder und Jugendliche geimpft werden. Nachdem nach einer Meningokokken C-Impfung im September 2002 sechs Fälle innerhalb von 45 Tagen aufgetreten waren, beschloss man nun, das gesamte Gebiet erneut zu impfen. Lokale Gesundheitsbehörden sind beauftragt worden, die Wirksamkeit der Impfung bis zum Jahr 2007 zu kontrollieren.²⁵ Hier erkennt man wieder deutlich die Ignoranz unserer Behörden. Anstelle aus diesen Ausbrüchen die richtigen Schlüsse zu ziehen, wird weiterhin geimpft und wiedergeimpft. Laut Angaben der offiziellen Gesundheitsbehörden werden die meisten bakteriellen Gehirnhautent-

Zündungen in Italien von Pneumokokken und nicht von Meningokokken verursacht.

Vom 21.10. bis 21.12.02 hat in *Süd-West-Frankreich* eine Menin-gokokken C-Impfkampagne stattgefunden, nachdem seit Januar 2002 die Rate der Meningokokken C-Infektionen dank den Impfungen zu-genommen hatte.

Im Rahmen einer gross angelegten Impfkampagne wurden 1990 bis 2001 in *England* ca. 1.8 Millionen Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr gegen Meningokokken C geimpft. Laut Angaben des Impfstoffherstellers Baxter entsprach „das Profil der beobachte-ten Nebenwirkungen (. . .) den Erwartungen an einen Kinderimpf-stoff.“²⁶ Die Verbreitung der Serogruppe C ist in England seitdem stark gesunken, die Gesamtzahl der Hirnhautentzündungen insgesamt aber nicht.²⁷

In *Neuseeland* werden innerhalb der nächsten drei Jahre mehr als 1,2 Millionen 6 bis 14jährige Kinder gegen Meningokokken B ge-impft werden. Diese Übung wird die Regierung \$ 294 Millionen kos-ten. Den Impfstoff liefern die Firmen Baxter, Wyeth und CSL.²⁸

In *Australien* soll nach den Vorstellungen der Regierung jedem Kind eine kostenlose Meningokokken C-Impfung angeboten werden. Wenn alle ein- bis vierjährigen Kinder das Angebot annehmen, wird das die Regierung \$ 291 Millionen kosten. Es wäre die teuerste Impf-kampagne in der australischen Geschichte.²⁹ Sieht man sich die grossen Bemühungen der Hersteller an, mit denen den Regierungen der verschiedenen Länder diese Impfungen ans Herz gelegt werden, und gleichzeitig bedenkt, dass von den Herstellern bislang noch keine klinische Studien erbracht worden sind, so sollte es nicht verwundern, wenn diese massiven Impfkampagnen dazu dienen, an Daten zur Ver-träglichkeit dieser Impfung zu kommen. Diese Kinder werden nicht etwa vor einer Krankheit geschützt, sondern sie werden zu For-schungszwecken missbraucht.

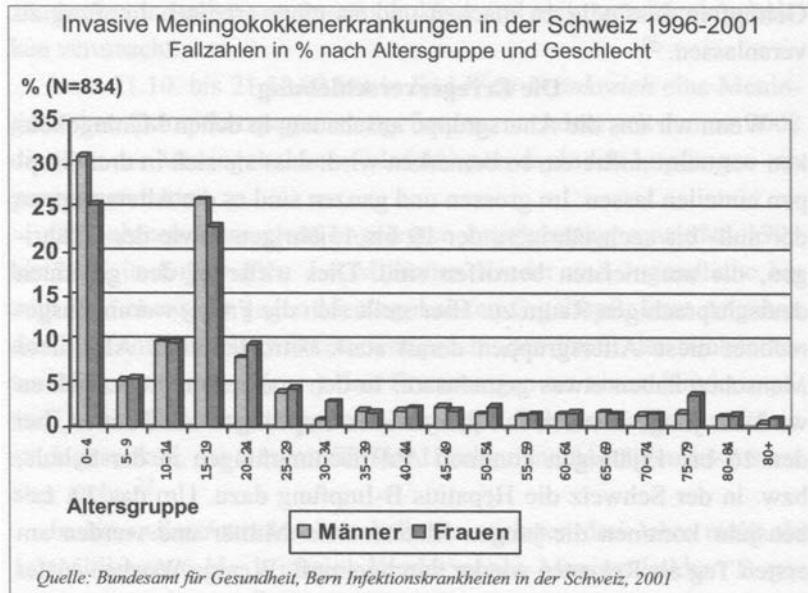
In den *USA* kam es zu einem kleinen Skandal, nachdem im Herbst letzten Jahres einer der Meningokokken C-Impfstoff-Hersteller, A-ventis Pasteur in Bridgewater N.J. zugab, dass einige Dosen seines Impfstoffes keine „Schutzwirkung“ hätten. Die Ärzte versuchten dar-aufhin, alle zwischen Januar 2001 und Oktober 2001 mit Menomume

Geimpften ausfindig zu machen und zu einer erneuten Impfung zu veranlassen.³⁰

Die Erregerverschiebung

Wenn wir uns die Altersgruppe anschauen, in denen Meningokokken vermehrt auftreten, so bemerken wird, dass sie sich in drei Gruppen einteilen lassen. Im grossen und ganzen sind es die Altersgruppen der null- bis sechsjährigen, der 10 bis 15jährigen sowie der 20jährigen, die am meisten betroffen sind. Dies trifft auf den gesamten deutschsprachigen Raum zu. Hier stellt sich die Frage, warum ausge rechnet diese Altersgruppen derart stark betroffen sind. Alle diese Menschen haben etwas gemeinsam: In den ersten fünf Lebensjahren wird der junge Mensch mit den meisten Impfungen konfrontiert, bei den 10 bis 15jährigen kommen Auffrischimpfungen in der Schule, bzw. in der Schweiz die Hepatitis B-Impfung dazu. Um das 20. Lebensjahr kommen die jungen Männer zum Militär und werden am ersten Tag als Rekruten wieder durchgeimpft. Wenige Wochen später lesen wir dann in den Zeitungen: „Gehirnhautentzündung in der Rekrutenschule“. Anstatt daraus Schlüsse, bzw. Konsequenzen zu ziehen, werden jetzt in der Schweiz den Rekruten noch mehr Impfungen angeboten. (*Siehe die beiden Diagramme, Bilder 13 und 14, S. 230 und 231*)

Was geschieht durch eine Impfung im menschlichen Organismus? Sein Immunsystem wird nicht etwa angeregt, wie uns die Hersteller der Impfstoffe gebetsmühlenartig verkünden, sondern es wird vielmehr durch diese grosse Anzahl verschiedener Mikroben, inkl. der anderen giftigen Zusatzstoffe im Impfstoff zu einem ihm willkürlich aufgezwungenen Zeitpunkt völlig überrumpelt und lahmgelegt. Besonders bei Kindern im ersten Lebensjahr ist eine Impfung völlig kontraindiziert. Denn ihr Immunsystem ist noch unreif und kann auf diese Mikroben und ihre beigefügten Zusatzstoffe nicht reagieren. Die Folge ist dann eine Anfälligkeit z.B. für Meningokokken. Denn Gehirnhautentzündungen treten nicht als eigenständige Krankheit auf, sondern immer in einem, - z.B. durch die Impfung - bereits vorgeschwächten Organismus. Ein ganz wichtiger Faktor ist die Erregerverschiebung. Aus Finnland weiss man, dass seit der Einführung der Hib-Impfung die Zahl der Infektionen durch Pneumokokken zuge-

**Bild 13**

nommen hat.³¹

Meningokokken C kamen bis 1990 in der Schweiz kaum vor. Dann wurde die Hib-Impfung eingeführt. Seit dem Zeitraum erkrankten immer mehr Menschen an Meningokokken.³² Ebenso sind Antigenvariationen möglich, d.h. ein Stamm kann seine Serogruppe von B zu C oder umgekehrt ändern.³³ Dies hat man in der Schweiz beobachtet, wo in den letzten Jahren die Serogruppe C zugenommen hat.

In Saudi-Arabien wird seit etlichen Jahren von den Behörden für das Einreisevisa zur Pilgerreise nach Mekka eine Impfung mit einem quadrivalenten Meningokokken-Impfstoff verlangt.³⁴ Dieser Impfpflicht war eine langjährige Debatte vorausgegangen, da der Impfstoff Schweinebestandteile enthielt. Doch schliesslich wurde er offiziell auf der 8. Islam. Med. Konferenz 1995 in Kuwait bewilligt. Nun hat sich aber herausgestellt, dass in den letzten Jahren in Saudi-Arabien beobachtet wurde, dass die Serogruppe C unter dem Druck der Impfung mittels Gentransfer in die Serogruppe W-135 mutiert ist.³⁵ Dass diese Impfung auch keinen Schutz verleiht, erkennt man daran, dass am 28.3.2000 eine in Deutschland lebende Türkin von Mek-

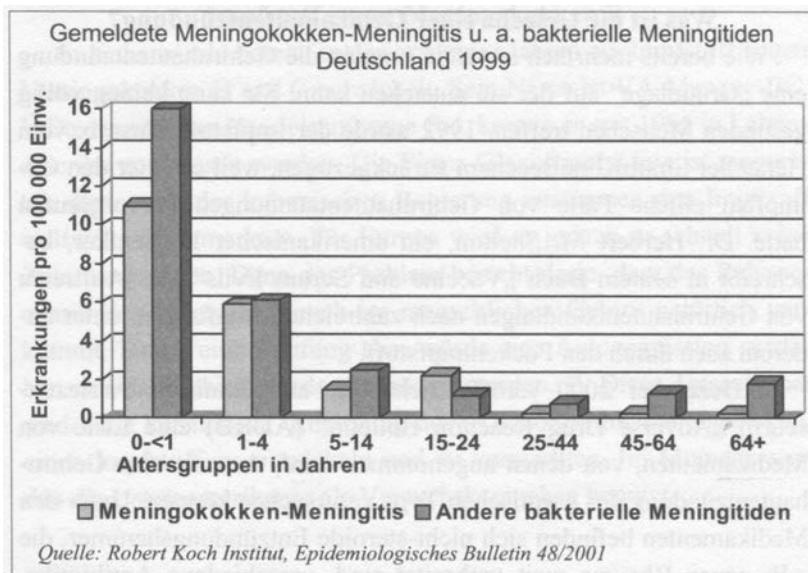


Bild 14

ka zurückkreiste und an Meningokokken C erkrankte. Sie war vor-schriftsmässig geimpft gewesen.³⁶ Das schweizerische BAG teilte mit: „Die Impfung gegen die Serogruppen W-135 und Y ist immuno-gen, klinische Studien zur Wirksamkeit liegen aber keine vor.“³⁷ Hier erübrigt sich jeder Kommentar!

In den USA kommt es derzeit ebenfalls durch die Impfung zu einer Erregerverschiebung. In Illinois nahmen die Fälle von Meningokokken Y von sechs Prozent im Jahr 1991 auf 29 Prozent in 1995 zu, während die Fälle von B und C abnahmen. In Connecticut stiegen die Mengingokokken Y-Fälle auf 21 Prozent und in Minnesota noch darüber. Landesweit wurde ebenfalls ein Anstieg im Alter der Erkrankten festgestellt.³⁸

In England hat sich seit Einführung der Meningokokken C-Impfung ebenfalls der Erreger auf andere Gehirnhautentzündungen verlagert, die Gesamtzahl der Gehirnhauterkrankungen hat nicht ab-genommen.³⁹ Dieses Problem der Erregerverschiebung wird sich in Zukunft durch die vermehrte Durchimpfung noch vergrössern.

Was ist die Ursache einer Gehirnhautentzündung?

Wie bereits mehrfach erwähnt, braucht die Gehirnhautentzündung eine „Grundlage“ auf der sie entstehen kann. Sie kann keinen völlig gesunden Menschen treffen. 1992 wurde der Impfstoff Pluserix vom Hersteller SmithKlineBeecham zurückgezogen, weil er unter den Geimpften etliche Fälle von Gehirnhautentzündungen hervorgerufen hatte. Dr. Herbert M. Shelton, ein amerikanischer Hygieniker, beschreibt in seinem Buch „Vaccine and Serum Evils“, das Auftreten von Gehirnhautentzündungen nach zahlreichen Impfungen, unter anderem auch durch den Pockenimpfstoff.

Im Dezember 2000 veröffentlichte die amerikanische Ärztezeitschrift „Adverse Drug Reaction Bulletin“ (ADRB) eine Liste von Medikamenten, von denen angenommen wird, dass sie eine Gehirnhautentzündung des aseptischen Typs verursachen können. Unter den Medikamenten befinden sich nicht-steroide Entzündungshemmer, die z.B. gegen Rheuma weit verbreitet sind, verschiedene Antibiotika, Immunglobuline (vor allem wenn sie intravenös verabreicht werden), Konvulsionsmittel sowie Medikamente die in die Hirn-Wirbelsäulenflüssigkeit eingeführt werden. Auf Seite 553 schreiben sie, dass eine echte aseptische Meningitis nach einer Impfung selten, aber anerkannt sei. Zudem wird festgehalten, dass das Impfvirus nach der Impfung in der Hirn-Wirbelsäulenflüssigkeit nachgewiesen werden kann. Daher müsste eine Gehirnhautentzündung nach einer Impfung korrekterweise als „viral“ bezeichnet werden. Laut ADRB sind Impfstoffe, die mit einer aseptischen Meningitis in Zusammenhang gebracht werden, vor allem auch jene gegen Masern-Mumps-Röteln. In anderen Zeitschriften wurden diese Vorwürfe noch untermauert⁴⁰ Der Impfstoff gegen Hepatitis B ist ebenfalls in der Lage, Gehirnhautentzündungen hervorzurufen.⁴¹

Am 19.8.1991 berichtete „The Lancet“ dass 75 Kinder an einer Meningitis nach einer Impfung erkrankt waren. Im „New England Journal of Medicine“ wird von 55 Kindern berichtet, die an einer Meningitis nach einer Impfung erkrankten, drei davon starben an den Fol-gen.⁴² Diese Fälle von Gehirnhautentzündungen nach Impfungen sind mit Sicherheit viel häufiger als berichtet. Denn welche Eltern bringen die Krankheit schon mit einer Impfung in Verbindung?

Impfstoff gegen Meningokokken B

In Kuba wurde bereits in den achtziger Jahren ein Impfstoff gegen Meningokokken B und C entwickelt. Sein Name ist VA-Mengoc-BC.⁴³ Da er unter das Handelsembargo fiel, konnte er erst 1996 in Lateinamerika zugelassen werden. Die Firma GlaxoSmithKline ist momentan daran, mit der kubanischen Regierung zusammen den Impfstoff weltweit zu vermarkten. Für Europa wird es jedoch so schnell keine Zulassung geben. Denn das Problem besteht darin, dass das Polysaccharid des Serotyps B auch im menschlichen Gehirn natürlich vorkommt. Durch eine Impfung aber würde eine Autoaggression entstehen und das Gehirn würde geschädigt werden.⁴⁴ Diese Tatsache hat weder die kubanische Regierung noch GlaxoSmithKline abgehalten, einen Impfstoff zu entwickeln und zu vermarkten. Im Moment werden die Lateinamerikaner als Versuchskaninchen benutzt.

Nebenwirkungen der Meningokokken-Impfung

Die Impfstoffe bestehen je nach Hersteller aus Aluminiumphosphat, Natriumchlorid, Laktose, Stabilisator, Natriumhydrogenphosphat 2H2O, Natriummonohydrogenphosphat, etc. Es gibt Einzelimpfstoffe nur gegen Meningokokken C oder Kombiimpfstoffe gegen die Serogruppen A, C, W-135 und Y, sowie gegen A und C. Als Nebenwirkungen sind bekannt:

Reaktion an der Impfstelle wie Rötung, Spannungsgefühl, Schmerz und Schwellung. Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Schreien und Unruhe bei Säuglingen und Kleinkindern, Benommenheit, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Erbrechen, Übelkeit, Durchfälle, Appetitlosigkeit, Fieber, Muskelschmerzen, Fieberkrämpfe, Anaphylaxie, Überempfindlichkeitsreaktionen, einschließlich Bronchospasmen und Gesichtsödem, Urtikaria, Dermatitis und Knoten an der Injektionsstelle. Die oben genannten Nebenwirkungen sind alle dem Beipackzettel entnommen. Die in verschiedenen Studien beobachteten Symptome hat Dr. Goldblatt in einer Tabelle zusammengestellt (*Siehe Tabelle S. 234*).

Unter anderem wurden 21 Todesfälle in diesem Zusammenhang gemeldet, die jedoch „als nicht durch die Impfung bedingt“ beurteilt

**Systemische Reaktionen 2-3 Tage nach der Impfung
mit konjugierter Meningokokken-Impfstoff
(nach Goldblatt P. Clinical expert Report, London 1999)**

Symptome	Säuglinge (%)	Einjährige (%)
Ungewöhnliches Weinen	70	1
Reizbarkeit	63	53
Schlaftrigkeit	36	20
Schlafstörungen	23	25
Appetitlosigkeit	22	23
Erbrechen	14	6
Durchfall	10	11
Schrilles Schreien	2	0
Urtikaria	1,2	1
Anhaltendes Weinen	0,9	0,3
Atemnot	0,3	0,1
Lethargie	0,1	0
Muskelkrämpfe	0,1	0,1
Bläuliche Hautverfärbung	0,05	0
Konvulsionen	0,01	0

Bild 15

Quelle: BA G Bulletin 46/2001

wurden und deshalb nicht in der Tabelle erscheinen.⁴⁵ Als diese Impfung von 1990 bis 2001 in England durchgeführt wurde, kam es zu mehr als 16'000 schweren Reaktionen und zwölf Todesfällen innerhalb der ersten 10 Monate der Anwendung.⁴⁶ Fast alle britischen Zeitungen berichteten über die Nebenwirkungen und es kam zu heftigen öffentlichen Debatten. In den Berichten stand, Tausende von Kindern litten unter der Impfung, vor allem an Schwindel, Kollaps und Nackensteife. Das Gesundheitsministerium schritt ein und betonte, der Impfstoff sei „sehr sicher“. Sie gaben allerdings zu, dass bei einem von 10000 Geimpften schwere Nebenwirkungen auftreten. Jeder zweite geimpfte Säugling und jedes fünfte Kleinkind fällt zudem durch eine erhöhte Irritabilität auf. Hier könnte es sich um eine Störung des zentralen Nervensystems handeln. Was um so bedenklicher ist, als dass das Nervensystem sich noch in der Entwicklung befindet.

In Neuseeland wurden in einer grossen Impfkampagne gegen Meningokokken vorübergehende periphere neurologische Symptome bei Kindern beobachtet.⁴⁷ In Gambia wurden an 221 Kindern im Alter von 18 bis 24 Monaten drei Dosen Meningokokken A und C-

Impfstoff verimpft. Eine Kontrollgruppe wurde mit einem Impfstoff gegen die Serogruppe A und B einmal geimpft. Vierzehn Kinder starben in der Gruppe die drei Dosen bekam im Gegensatz zu einem Todesfall in der anderen Gruppe. Als Gründe für die Todesfälle wurden Unterernährung, Lungenentzündung und akute Darmerkrankungen angegeben. Laut Studienbericht hatten die Impfungen nichts mit den Todesfällen zu tun.⁴⁸ Aus dem Studienbericht geht hervor, dass bereits eindeutig unterernährte oder aber kranke Kinder in die Versuche mit einbezogen wurden. Sind afrikanische Kinder weniger wert als europäische oder weisse Kinder?!

Fazit

Für den Impfstoff gegen Meningokokken C „NeisVac-C“ wurde Baxter Bio Science mit dem „Biotechnology Product of the Year Award“ ausgezeichnet, verliehen vom „Technology Council of Maryland (TCM)“⁴⁹ Womit hat Baxter diesen Preis verdient? Für einen Impfstoff, dessen Wirksamkeit sie nicht nachweisen kann und dessen Nebenwirkungen ellenlang sind? Der Todesfälle, neurologische Probleme und meningitisähnliche Symptome auslöst? Und was muss unsere Gesundheitsbehörden und ihre Vertreter veranlassen, uns und unseren Kindern solch einen Impfstoff zu empfehlen?

¹ Spiess H., Impfkompendium, Thieme, 5. Auflage

² ellipse 17(4): 83-86, 2001

³ Epidem. Bulletin RKI, 48/2001

⁴ Hahn, et al, Med. Mikrob. und Infektiologie, Springer, 4. Auflage 2001

⁵ Infectio, Hofmann-La Roche, Basel 1987

⁶ Sherp HW, J Exp Med 8:85-92, 1945

⁷ Miller JW, JAMA, 186:139-141, 1963

⁸ Goldschneider J, et al, J Exp Med 129:1307-132, 1969

⁹ Gotschlich EC., et al, J Exp Med 129:1349-1465, 1969

¹⁰ Spiess H., Impfkompendium, Thieme, 5. Auflage, 1999

¹¹ Pediatrics 106: 1500-1504

¹² Sind Sie betroffen? Information für Ärzte, Baxter Wien, Seite 11

¹³ ellipse 17(4):77-82, 2001

¹⁴ Bulletin BAG 46/2001

¹⁵ Neisseria News 1/2001, Baxter Heidelberg

¹⁶ BAG Bulletin 37/2001

- ¹ Wichtige Information fur Rekruten, Generalstab, November 2001
- ¹⁸ Infektionskrankheiten, der Schweiz 2001, BAG Dez. 2002
- ¹⁹ BAG 4/2003
- Kollaritsch, Leitfaden fur Schutzimpfungen, Springer 2000
- ²¹ Ärzte-Mag., Suppl., Oktober 2002
- ²² Epid. Bulletin, RK.I, 48/2001
- ²³ Ärzte Zeitung 25.2.03, Reuters 17.3.03
- ²⁴ NZZ 17.3.02
- ²⁵ Reuters Health, 9.1.03
- ²⁶ ellipse 17(4): 77-82, 2001
- ²⁷ PULStipp Mai 2001
- ²⁸ Sun-Herald, 12.1.03
- ²⁹ Townsville Bulletin, 24.11.02
- ³⁰ East Lansing, Mich., 4.12.02
- ³¹ BaerM. et al, Lancet, 11.3.96, 345: S. 661
- ³² Dr. H.U. Albonico in PULStipp Mai 2001
- ³³ Swartley J.S., et al, Proc Natl Acad Sci USA 1997; 94:271-276
- ³⁴ Bulletin BAG 46/2001
- ³⁵ J. Banzer, LMU München, 15.5.2002
- ³⁶ RKI Epid. Bulletin, 15/2000
- ³⁷ BAG Bulletin 46/2001
- ³⁸ MMRW 45:1010-1013, 1996
- ³⁹ PULStipp Mai 2001
- ⁴⁰ Paediatric Infections Disease Journal 8:302-8, 1989
- ⁴¹ Presse Médicale, 26, 328, 1997
- ⁴² Granoff et al, NEJM 315, 1584-1590
- ⁴³ Rico C., et al. Rev Cubana Med Trop 1995, 47(1):59-64
- ⁴⁴ Thomssen R., Schutzimpfungen, Beck 2001
- ⁴⁵ Bulletin BAG 46/2001
- ⁴⁶ Daily Express 12.6.2000
- ⁴⁷ Ilg, Schutzimpfungen, ecomed, 1996
- ⁴⁸ Learch A et al, J Infect Dis 175:200-204, 1997
- ⁴⁹ Hausarzt 11/2001

Mumps

Dank Impfungen vermehrte Epidemien?

Mumps gehört zu den klassischen Kinderkrankheiten. Als Verursacher gibt man ein Paramyxovirus an. Die Inkubationszeit, d.h. die Zeit von der Ansteckung bis zum Ausbruch der Krankheit beträgt zwei bis drei Wochen, meistens etwa 18 Tage. Jungen erkranken doppelt so häufig wie Mädchen. Die Speicheldrüsen sind entzündet, besonders die Ohrspeicheldrüsen. Besonders charakteristisch sind, bedingt durch die Vergrößerung der Drüsen, die abstehenden Ohrläppchen. Im Volksmund spricht man wegen des angeschwollenen Wangen-Ohr-Bereiches deshalb auch von Ziegenpeter. Die Entzündung kann gleichzeitig an beiden Ohrspeicheldrüsen, oder nur auf einer Seite, allenfalls später auf der anderen Seite, auftreten. Mumpskranken haben Fieber, evtl. verbunden mit Kopf- und Gliederschmerzen. Die Beschwerden dauern in der Regel 3 bis 7 Tage. Bei etwa 20 Prozent der Infizierten verläuft die Krankheit unbemerkt als sogenannte „stille Feiung“. Etwa 40 bis 50 Prozent entwickeln lediglich leichte grippale Symptome. Und nur etwa 30 Prozent der Infizierten erkranken mit der klassischen Speicheldrüsenerkrankung.

Die Ansteckung erfolgt laut Infektionstheorie von Mensch zu Mensch über die Tröpfcheninfektion. Mumps verläuft in Wellen, d.h. alle drei Jahre ist mit einem gehäuften Auftreten zu rechnen, ungetacht der Durchimpfungsrate.¹ Die Krankheit tritt vermehrt im Winter und Frühjahr auf. Bis zum sechsten Lebensjahr haben ca. 10 Prozent der Kinder Mumps durchgemacht. Bis zum 15. Lebensjahr ereignen sich etwa 90 Prozent der natürlichen Mumpsinfektionen.² Die Krankheit ist angeblich etwa sieben Tage vor dem Anschwellen der Drüsen und bis ca. neun Tage nach dem Ausbruch ansteckend. Auch bei fehlenden Drüsenschwellungen ist eine Übertragung möglich. Eine Immunität besteht meist lebenslang, eine Zweitinfektion ist in ca. ein Prozent der Fälle möglich. Die Schutzwirkung wird von der Mutter, die echten Mumps gehabt hat, während der Schwangerschaft und dem Stillen auf das Kind übertragen. Dieser Nestschutz hält zwi-schen sechs und 12 Monaten an.

Behandlung

Unsere heutige Schulmedizin kennt keine spezifische Therapie gegen Mumps. Eine Behandlung erfolgt deshalb symptomatisch. Die Ohr- und Halspartie sollte unbedingt warmgehalten werden. Warme Auflagen, bzw. Umschläge auf die geschwollenen Ohrpartien wirken lindernd und heilend, z.B. Kartoffelumschläge. Auch warme Calendula-Kompessen sind von Vorteil. Bei Bauchschmerzen helfen warme und feuchte Wickel mit Kamillen- oder Schafgarbentee. Wegen Kauschwierigkeiten sollte die Nahrung in flüssiger oder breiiger Form gegeben werden, möglichst fettfrei. Fussbäder lindern die Beschwerden und wirken beruhigend. Außerdem schlafst das Kind dann besser und schneller ein. Unerlässlich bei einer Mumpserkrankung ist Bettruhe. Das Kind sollte unbedingt mindestens zwei bis drei Tage fieberfrei sein, bevor es das erste Mal das Haus verlässt. Fieber sollte unter keinen Umständen gesenkt werden. Es bewirkt eine Abschwächung der Virusaktivität und beugt somit möglichen Komplikationen vor. Sollte es zu Komplikationen kommen, so ist unbedingt ein guter klassisch arbeitender Homöopath beizuziehen.

Komplikationen, bzw. Folgeschäden von Mumps sind sehr selten. Es können auftreten: Mittelohrentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung und eine Hodenentzündung, selten beidseitig. Das BAG schreibt sogar im „blauen Infektionsordner“, dass eine Zeugungsunfähigkeit nach Mumps nicht nachgewiesen ist. Eine milde Gehirnhautentzündung (Meningitis) kann am zweiten bis fünften Krankheitstag ausbrechen, sie heilt spontan ab. Erkennbar ist sie an heftigen Kopfschmerzen, das Kind will sich im Bett nicht hinsetzen. Betroffen von schweren Verläufen sind vor allem Erwachsene im Alter von über 20 Jahren.- Die schwerwiegendste Folge von Mumps ist ein bleibender, meist einseitiger Hörverlust durch die Entzündung eines Hörnervs. Man rechnet mit 0,5 bis 5 Fällen auf 100000 Mumpserkrankte.^{5,6}

Angaben über die Häufigkeit sind immer kritisch zu werten. Es kommt immer auf die Konstitution des Einzelnen an.

Mumps ist über alle Erdteile verbreitet. Ausgedehnte Epidemien sind selten, im Allgemeinen bestehen nur Kleinraumepidemien in engeren Lebensgemeinschaften, wie z.B. Kindergärten, Schulen, Krankenanstalten, Kasernen, etc. In einer Untersuchung wurde fest-

gestellt, dass bei den „Haushalt-Kontakten“ Mumps viel weniger „ansteckend“ ist als Masern und Windpocken.- Bei Masern fand man eine Ansteckungsrate bei den unter 15jährigen in Haushaltkontakten bei 75,6 Prozent, bei Windpocken 61,0 Prozent und für Mumps 31,1 Prozent.⁸

Zur Geschichte von Mumps

Hippokrates beschrieb als erster im 5. Jahrhundert bereits das klinische Bild von einer Mumpserkrankung, und brachte es in seinem ersten Buch, dem Epidemiebuch. Im Jahr 1790 veröffentlichte Hamilton im „Royal Society Edinburgh“ einen Artikel über Mumps. Hier wurde das erste Mal über einen Zusammenhang zwischen Mumps und dem zentralen Nervensystem berichtet. Er beschrieb ausserdem die Hodenentzündung als Mumpsfolge bei Erwachsenen.⁹ Die Bezeichnung „Mumps“ stammt vermutlich vom alten englischen Verb „mumble“ (murmeln) ab. 1940 schrieben Gordon und Kilham in ihrer Abhandlung, dass vor allem Armeen in Zeiten der Mobilmachung der Truppen von Mumps heimgesucht würden. Sie bemerkten, dass Mumps die Hauptursache von Absenzen in der US-Armee in Frankreich während dem Ersten Weltkrieg war.^{10,11} Mumps war in den Kasernen, bzw. in den Armeen auch weiterhin, trotz intensiver Impfungen, immer noch ein Problem. 1980 trat Mumps vermehrt unter sowjetischen Soldaten auf.¹² Unter dem amerikanischen Militär, die in Korea stationiert waren, traten 1986 Mumpsepidemien auf¹³ und 1992 ebenfalls bei den Militärs auf einem Kriegsschiff auf dem Westpazifik.¹⁴

Im Jahre 1934 entdeckten Johnson und Goodpasture, dass bei den Mumpserkrankten immer ein bestimmtes Virus zu finden war und gingen davon aus, dass es der Verursacher der Krankheit sein müsse.¹⁵ Habel und Enders gelang es schliesslich im Jahr 1945, das Mumpsvirus erstmals in einem Hühnerembryo zu kultivieren.^{16,17} 1946 wurde die erste inaktivierte (Tot-) Impfung für experimentelle Zwecke hergestellt,¹⁸ und 1951 wurde sie dann an Menschen erstmals angewendet.¹⁹ Der Impfstoff wurde von der Cyanamid Company hergestellt und in drei Heimen für Waisen und geistig behinderte Kinder getestet. Das Alter der Kinder betrug 1 bis 8 Jahre. Die Ent-

wickler glaubten selbst nicht besonders an die Wirkung des Impfstoffes, denn sie gaben an, dass sie sich kleine Kinder für den Test ausgesucht hatten, die „noch ausreichend Gelegenheit haben würden, dauernde, auf einer natürlichen Infektion in der Kindheit beruhende Immunität zu erwerben“. In einem dieser Heime hatte es in den drei letzten Jahren vor dem Test keinen Fall von Mumps gegeben, nun aber traten die ersten Fälle auf. Kinder, die nur eine Impfung erhalten hatten, bekamen Mumps mit einer Rate von 31,8 Prozent, anstelle mit 30,2 Prozent. Die Rate der gesamten Infektionen (klinisch und subklinisch) war hoch und bei den Geimpften wie Ungeimpften etwa ähnlich gross, 86 bis 91 Prozent.²⁰ Spätestens hier hätte man sich fragen müssen, ob es nicht sinnvoller wäre, das Experiment Mumpsimpfung wieder abzubrechen.

Wie sehr Studien (mit Absicht) falsch interpretiert werden, sieht man an der Arbeit von Weibel. Er und seine Mitarbeiter testeten einen Lebendimpfstoff gegen Mumps. Anstelle einer echten Plazebogruppe erhielten die Kinder - wie so oft üblich - RS-Viren und Influenzaviren verimpft. Während des Experiments erkrankten viele der gegen Mumps geimpften Kinder 16 Tage nach der Impfung. Die Studie wurde abgebrochen, da „das Auftreten von Mumps als Folge einer Impfung ausgeschlossen werden konnte“.²¹ Die erste abgeschwächte Lebendimpfung gegen Mumps wurde Mitte, bzw. Ende der sechziger Jahre in der damaligen Sowjetunion und in den USA hergestellt.^{22,23} Zugelassen wurde die Mumpsimpfung z.B. in den USA 1967, Jugoslawien 1976, Finnland Nov. 1982, Schweden 1970, England 1988, Israel Jan. 1989, Kuba 1988, Schweiz 1971, Portugal 1987, etc.

Heute besteht der Mumpsimpfstoff meist aus dem Jeryl Lynn-Stamm oder dem Leningrad-3 Stamm. Die Bezeichnung Jeryl Lynn ist der Name der Tochter des bekannten amerikanischen Impfstoffentwicklers M. Hillemann. Als seine Tochter an Mumps erkrankte, selektierte er aus dem Wildvirus-Isolat den Grundstamm für seinen Impfstoff gegen Mumps.

Die erste Impfung gegen Mumps wird heute in der Schweiz ab dem 12. Lebensmonat verabreicht, in Österreich ab dem 14. Lebensmonat und in Deutschland ab dem 11. bis 14. Lebensmonat. Eine

zweite Impfung wird für die Schweiz und Deutschland frühestens vier Wochen nach der ersten Impfung empfohlen, und in Österreich im 7. Lebensjahr. Das Alter der zu Impfenden wurde in der Schweiz und Deutschland deutlich gesenkt. Als Grund gibt man an, dass die Krankheiten nun in das Säuglings- bzw. ins Jugendlichen- und Erwachsenenalter verschoben worden sind. Man geht hier davon aus, dass die Impfung einen Schutz verleiht und die Kinder selber deshalb nicht mehr erkranken können. Doch dies trifft nicht zu. Dr. J.-F. Grätz erklärt dies folgendermassen: „Das bedeutet nicht, dass die einzelne Impfung die entsprechende Krankheit verschiebt und diese somit eine immunisierende Wirkung hätte. Vielmehr wird der Gesamtorganismus nachhaltig geschwächt und reaktionslos gemacht, so dass er nicht einmal die Kraft aufbringt, mittels Kinderkrankheit einen besseren Interimszustand zu schaffen.“²⁴

Vor allem Säuglinge sind nicht mehr vor dieser Krankheit geschützt, sowie es ja eigentlich durch den Nestschutz von der Natur her vorgesehen war. Im ersten Lebensjahr besteht ein Schutz vor der Erkrankung, sofern die Mutter Mumps selber durchgemacht hat.²⁵ Der Impfstoff enthält vermehrungsfähige, abgeschwächte Viren, auf befruchteten Hühnereiern oder auf menschlichen Krebszellen gezüchtet. Ausserdem sind als Zusatzstoffe noch Hühnereiweiss, Antibiotika, Humanalbumin, Sorbitol, Zucker, Salze, Peptide, hydrolisierte Gelatine, etc., enthalten.

Die Nebenwirkungen der Mumps-Impfung

Meist wird die Mumpsimpfung kombiniert mit der Impfung gegen Masern und Röteln. Der Mumpsimpfung zugeschrieben werden Fieber/Fieberkrämpfe, schmerzhafte Hodenschwellung, Gangunsicherheiten (Ataxie), Thrombozytopenien, Störungen der Blutgerinnung, ein durch Entzündung bedingter Austritt von Flüssigkeit und Zellen aus den Blut- und Lymphgefassen (Erythema exsudativum multiforme), Mumps, Meningoenzephalitis, Rückenmarksentzündung, Nervenentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Taubheit durch Gehörnervenschädigung, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (Guillain-Barre-Syndrom).

Mumpsimpfstoffe sind nach Angaben der WHO die häufigsten

medikamentösen Auslöser von Ohrspeicheldrüsenentzündungen. Nach diversen seriösen Studienangaben treten sie bei jedem zwanzigsten gegen Mumps geimpften innerhalb von zwei Wochen nach der Impfung auf.²⁶ Nach den Angaben von U. Quast kommt es bei bis zu zwei Prozent der Geimpften 9 bis 12 Tage nach der Impfung zu Krankheitsgefühl und Fieber, sowie zu einer Schwellung der Lymphknoten. Begleitend dazu können Fieberkrämpfe auftreten²⁷ In der medizinischen Literatur werden Fälle beschrieben, in denen die gegen Mumps geimpften andere anstecken können.²⁸ Durch den Mumpsimpfstoff kann es, bedingt durch das Hühnereiweiss das Antibiotika und die Gelatine, zu Allergien kommen. Etliche Fälle von Bauchspeicheldrüsenerkrankung sind in der medizinischen Literatur beschrieben worden.^{29,30} Viele Fälle von Hörstörungen, Innenohrschwerhörigkeit bis hin zur Taubheit nach der Mumpsimpfung sind bekannt.^{31,32,33} Der Impfvirusstamm „Urabe“ ist oft im Zusammenhang mit häufigen Gehirnhautentzündungen gebracht worden.³⁴ Deshalb wurden im September 1992 zwei Mumps-Masern-Röteln-Impfstoffe vom Markt genommen, die diesen Impfstamm enthielten. Sie liefen unter den Namen Pluserix und Rimparix vom Hersteller SmithKlineBeecham. Seit 1992 wird deshalb der Stamm Jeryl Lynn verwendet. Mittlerweile ist allerdings auch bekannt, dass mit dem Jeryl-Lynn-Stamm ebenfalls Gehirnhautentzündungen verursacht werden können.³⁵

In England sind von 1988 bis 1994 mindestens acht Kinder nach der Mumpsimpfung verstorben. In einem Fall wurde ein Impfschaden offiziell anerkannt und den Eltern wurden 20'000 Pfund Entschädigung gezahlt. 1992 musste das englische Gesundheitsministerium wegen der Nebenwirkungen drei Impfstoffe zurückziehen. Es waren Immrravax von Merieux UK, Pluserix von SmithKline Beecham und MMR-II von Merck Sharp & Dohme.³⁶ Eine der Herstellerfirmen kündigte an, sie werde weiterhin Impfstoffe mit dem Urabe-Mumpsstamm produzieren und zur Verfügung stellen, damit laufende Impfprogramme in Gebieten, wo kein alternativer Mumps-Impfstoff verfügbar sei, nicht unterbrochen werden müsse.³⁷ Was nützen alle Vorsichtsmassnahmen, wenn die Hersteller sich über Verbote dermassen hinwegsetzen? Es gibt auch eine passive Impfung gegen

Mumps, die Immunglobuline. Doch selbst von Impfbefürworterseite heißt es, der Einsatz selbst hoher Dosen sei sehr unzuverlässig.³⁸

Im April 1993 zog das japanische Gesundheitsministerium den in Japan produzierten Masern-Mumps-Impfstoff zurück. Der Grund für die Rücknahme war, dass nach diesem Impfstoff Gehirnhautentzündungen in einem Fall auf 1'044 Impfungen auftraten.³⁹ Auch in der Schweiz wurde 1992 der Impfstoff mit dem Urabe-Stamm wegen der vielen Fälle von Impfgehirnhautentzündungen zurückgezogen.⁴⁰ Von Mühlendahl beschrieb 1989 acht Fälle von einer Meningitis, bedingt durch den Urabe-Impfstoff in Kanada und einen Fall in Deutschland. Bei einem der Patienten waren Echoviren von den Lymphknoten kultiviert worden, das Kind starb am 10. Tag nach der Impfung. Der Autor ist trotz dieser von ihm selbst geleiteten Untersuchungen weiterhin der Meinung, man müsse die Eltern vor einer Impfentscheidung nicht über das Risiko informieren!⁴¹

Diabetes mellitus nach der Mumpsimpfung?

Seit Einführung der Mumps-Impfung wird über einen möglichen Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) diskutiert.⁴² Man stellte fest, dass Diabetes um mehr als 10 Prozent plötzlich nach Beginn der MMR-Impfung in England zunahm.⁴³ Eine finnische Studie bestätigte diese Vermutung schliesslich.⁴⁴ Auch das CDC in den USA meldete einen Zusammenhang zwischen der Mumpsimpfung und Diabetes⁴⁵ Die Zunahme von Diabetes I-Fällen in Finnland hat seit 1990 enorm zugenommen und wird dort laut offiziellen Angaben in Zusammenhang mit der Mumpsimpfung gebracht.⁴⁶ In Deutschland sind mehrere Fälle von Diabetes nach der Mumpsimpfung als Impfschaden anerkannt.⁴⁷ In Deutschland sind zwischen 1976 und 1989 offiziell 20 Fälle von Diabetes nach einer Mumpsimpfung bekannt geworden.⁴⁸ In einem anderen Bericht wurden - ebenfalls in Deutschland - sieben Kinder beschrieben, die Diabetes von der zweiten bis zur vierten Woche nach der Impfung bekommen hatten.⁴⁹ Ein dritter Bericht beschreibt drei Fälle von Diabetes, die zwischen 10 Tagen und drei Wochen nach der Mumpsimpfung aufgetreten sind.⁵⁰ In den USA sind zwischen 1990 und 1992 fünf Fälle von Diabetes infolge der Mumpsimpfung der VAERS ge-

meldet worden. Die VAERS ist in den USA die Meldestelle für Nebenwirkungen von Medikamenten. Das „Institute of Medicine“ in Washington (USA) hat 1994 in seinem Bericht über die Sicherheit von Impfstoffen eindeutig festgehalten, dass Diabetes mellitus I nach einer Mumpsimpfung als Impfschaden anzuerkennen sei.⁵¹ Die Diskussionen um einen Zusammenhang hielten an, trotz eindeutiger Studien. Schliesslich nahm Prof. Stehr selbst Stellung dazu. In einem Artikel in der Zeitschrift „Sozialpädiatrie“ 1989 (S. 854) unter dem Titel „Mumpsimpfung und Diabetes Typ I“ schreibt er: „*Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten möchte den Impfstoffhersteller dazu bringen, den Passus über den evtl. Zusammenhang im Beipackzettel wieder zu streichen.*“ In Österreich schrieb das Amt der Salzburger Landesregierung in einem Schreiben an alle Amtsärzte vom 14.6.1989 in einer Stellungnahme zu Diabetes im Zusammenhang mit der Masern-Mumps-Impfung: „*Die Mumpsimpfung ist somit sehr zu empfehlen und es ist nicht notwendig, sondern wäre sogar falsch, dem Patienten zu sagen, dass als Komplikation der Impfung ein Diabetes mellitus (Typ I) auftreten könnte.*“ Hier baut also der Hersteller eine ihm bekannte und tatsächliche Nebenwirkung in den Beipackzettel ein und wird anschliessend von den Gesundheitsbehörden dazu gedrängt, diese wieder zu entfernen. Und sollte ein Arzt den Patienten auf das Risiko eines Diabetes hinweisen wollen, so wird er sogar noch behördlicherseits davon abgehalten. Wie kann man hier von einer richtigen Impfaufklärung des Patienten sprechen?

Diabetes mellitus kann auch nach einer normalen Mumpserkrankung auftreten. Aber die Schäden nach einer Mumpsimpfung sind wahrscheinlicher, weil die körpereigene Abwehr durch die Impfung hintergangen wird und das ImpfVirus im Körper verbleibt. Im normalen Erkrankungsfall wird das Wildvirus durch das akute Krankheitsgeschehen vollständig überwunden. Maclarens und Atkinson fanden heraus, dass das Risiko an Diabetes zu erkranken, vor allem durch Viren massiv verstärkt wird.⁵²

Bei dieser Nebenwirkung darf man folgendes nicht aus den Augen verlieren: Was haben diese Kinder für eine Lebenserwartung und vor allem was für eine Lebensqualität?

Mumps in den USA

Bereits 1989 wurde in den USA der erste kritische Artikel über den Sinn der Mumpsimpfung veröffentlicht. Die Autoren schrieben, dass der Lebendimpfstoff gegen Mumps 1967 bewilligt worden sei, doch habe es ein ganzes Jahrzehnt gedauert, bis regelmässige Impfungen durchgeführt worden seien. Die Akzeptanz in der Bevölkerung stieg nur allmählich, da Mumps eine leichte Krankheit und vor allem auch eine seltene Krankheit war. Trotz dieser niedrigen Durchimpfungsrate sank aber die Mumpshäufigkeit stetig in den USA. Doch seit 1986 war ein Wiederaufflammen von Mumps zu erkennen, wobei hier vor allem Jugendliche nach der Pubertät erkrankten. Waren 1985 nur 2000 Fälle von Mumps gezählt worden, so waren es 1986 bereits 7790 Erkrankungsfälle. Für 1987 wurden mehr als 12'200 Fälle gezählt, hier sind allerdings nur die gemeldeten Fälle berücksichtigt. Von den 7790 Fällen im Jahr 1986 entfielen allein 1437 auf den Staat Tennessee. Die Durchimpfungsrate wurde damals nach offiziellen Angaben mit dem seit 1971 verwendeten MMR-Impfstoff mit 95 Prozent angegeben. Trotzdem wurden allein zwischen August 1986 und Januar 1987 1060 Erkrankungsfälle an Schulen gemeldet. Als Fazit auf diesen Ausbruch unter den Geimpften wurde die Impfpflicht dann gesetzlich verankert!⁵³ An der geringen Impfrate allein kann es also nicht gelegen sein, denn es erkrankten Geimpfte und Ungeimpfte gleichermaßen, und nach offiziellen Angaben waren 80'000 Mumpsimpfdosen verimpft worden.⁵⁴

Eine andere Studie zeigte unabhängig davon das gleiche Ergebnis. Solange die Impfbereitschaft niedrig war, kam auch Mumps seltener vor. Wurde aber eine forcierte Impfpropaganda betrieben, stiegen, aufgrund der höheren Durchimpfungsrate auch die Mumpsausbrüche an. 1983 brach in Atlantic City eine Mumpsepidemie an einer Schule aus, mit mehr als 40 Prozent mehr Erkrankungen, als die Gesamtzahl der Mumpsfälle bei Schulkindern im ganzen Staat im Jahr zuvor betragen hatte. Trotzdem das bekannt war, dass die meisten der Erkrankten Geimpfte waren (in der 6. Klasse waren 12 von 13 Kindern geimpft) und trotz der Schlussfolgerung, dass dieser Ausbruch nicht durch die geringe Bereitschaft zur Impfung bedingt war, wurde noch während des Ausbruches eine massive Impfkampagne gestartet.⁵⁵

1985 wurde ebenfalls eine Studie veröffentlicht, die einen Anstieg der Erkrankung seit Einführung der Impfung zeigt. Solange die Häufigkeit der Mumps-Erkrankungen niedrig war, verlangten 1976 nur zwei Staaten Mumps-Impfungen, während 1983 schon 30 Staaten auf eine Mumpsimpfung als Voraussetzung für den Schuleintritt bestanden.⁵⁶ Das Jahrzehnt von 1967 bis 1977 mit einer sehr niedrigen Mumps-Impfaktivität in den USA ist auch das Jahrzehnt mit einer sehr geringen Mumpshäufigkeit. 1989 wurde eine Analyse veröffentlicht, die die Verhältnisse in der US-Armee im Bezug auf Mumps-Krankenhausaufenthalte für die Jahre 1980 bis 1986 aufzeigten. Die Mumpsraten sanken von 3,85 pro 100000 aktive Soldaten im Jahr 1980 auf 1,28 im Jahr 1985. Doch betrug die Mumpsrate 1986 6,65 pro 100000. Dreiviertel der Fälle traten bei Soldaten mit drei oder weniger Dienstjahren auf. Die berichteten Komplikationen waren mild.

Eine anschliessende Kosten-Nutzen-Analyse für die Impfung an allen Soldaten zeigte, dass die Krankenhauskosten für Mumpsfälle 61'525 \$ betragen, und um den Faktor 4,7 niedriger waren als die Kosten einer Impfung. Diese betragen 286'789 \$. Die Häufigkeit der Mumps-Erkrankung müsste 15 auf 100000 erreichen, bevor die Ersparnisse aufgrund entfallener Krankenhausaufenthalte der Kosten der jährlichen Impfungen gleichkämen.⁵⁷

Wie wirksam ist die Mumpsimpfung?

In Westwood (Massachusetts, USA) kam es 1982 zu einem Mumpsausbruch in einer Schule. Von den 33 Erkrankungsfällen waren 29 geimpft, 2 ungeimpft und die restlichen mit unbekanntem Impfstatus.⁵⁸ Bei den Geimpften wurden hohe Titer angegeben. Hier zeigt sich wieder einmal ganz deutlich, dass es andere Faktoren als die Anwesenheit von Antikörpern gibt, die Menschen vor einer Krankheit schützen. In Portugal begannen die Routineimpfungen gegen Mumps 1987. Im Jahr 1995 auf 1996 brach dort eine Epidemie mit 7620 Fällen aus. Offiziell hiess es dann, man habe einen Impfstamm verwendet, der schlecht immunisiere.⁵⁹ 1993 brach in Japan eine Mumpsepidemie unter den Geimpften aus, mit einer hohen Rate an Hirnhautentzündungen.⁶⁰ In den USA wurde 1994 aus einer High

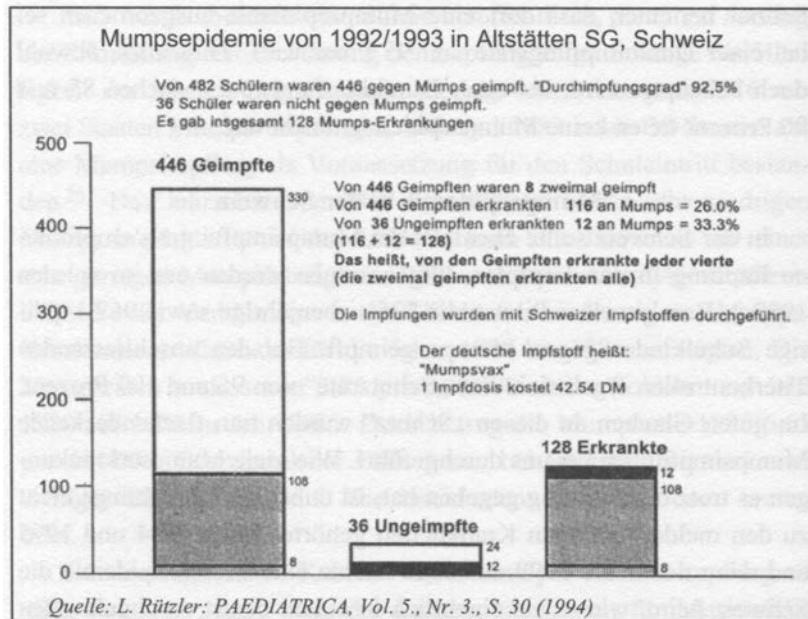
School berichtet, dass dort eine Mumpsepidemie ausgebrochen sei bei einer Durchimpfungsrate von 95 Prozent⁶¹ Dies alles, obwohl doch behauptet wird, bei einer Durchimpfungsrate zwischen 85 und 90 Prozent treten keine Mumpsepidemien mehr auf.

Mumpsepidemie in der Schweiz

In der Schweiz sollte ebenfalls die Mumpsimpfung als empfohlene Impfung in den Impfplan aufgenommen werden und so wurden 1987 in Basel in einer Pilotstudie 726 siebenjährige sowie 967 14jährige Schulkinder gegen Mumps geimpft. Bei den anschliessenden Titerkontrollen ergab sich eine „Schutzrate“ von 95 und 100 Prozent. Im guten Glauben an diesen „Schutz“ wurden nun flächendeckende Mumpsimpfungen bei uns durchgeführt. Wie viele Mumpserkrankungen es trotz der Impfung gegeben hat, ist unbekannt, da Mumps nicht zu den meldepflichtigen Krankheiten gehörte. Doch 1994 und 1995 und dann nochmals 1999 auf 2000 suchte eine Mumpsepidemie die Schweiz heim, wie es sie eigentlich in einem derart durchgeimpften Land nicht geben dürfte.

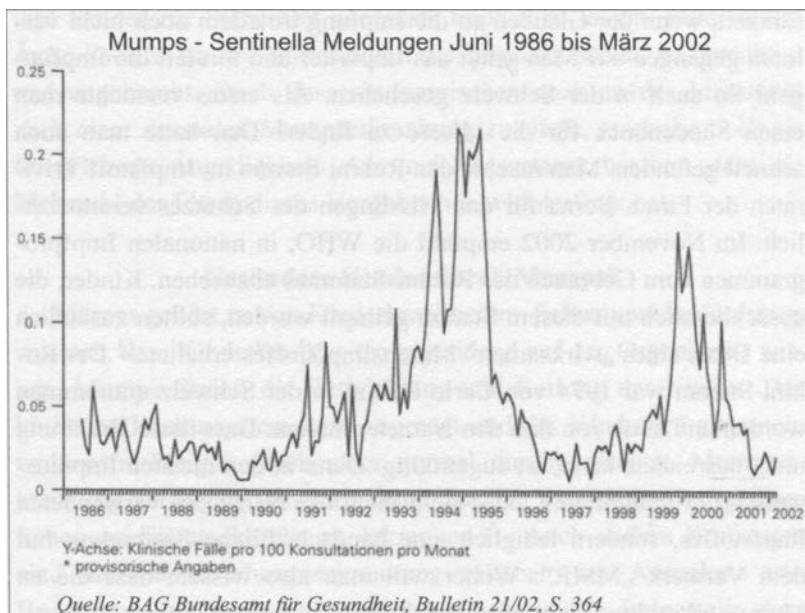
Eine kleinere Epidemie ereignete sich 1992/1993 (*siehe Graphik Bild 16 Seite 248*). In zwei Schulen waren 446 Schüler geimpft gegen Mumps, 36 waren ungeimpft. Unter den Geimpften waren acht Schüler die zweimal gegen Mumps geimpft waren. Es erkrankten 128 Schüler, davon waren 116 geimpfte und 12 ungeimpfte. Die acht zweimal Geimpften erkrankten alle an Mumps. Der Autor der Studie selber behandelte in seiner Praxis 144 an Mumps erkrankte Kinder, 120 geimpfte und 24 ungeimpfte. Sieben Komplikationen traten auf, davon drei Hodenentzündungen, zwei Gehirnhautentzündungen und zwei Bauchspeicheldrüsenentzündungen. In der Studie heisst es: „Einer der Meningitis-Fälle trat bei einem ungeimpften Jungen auf und erforderte eine dreitägige Krankenhausbehandlung.“ Daraus kann geschlossen werden, dass die anderen Fälle von Komplikationen bei den geimpften Kindern auftraten.

1994-1995 kam es zu einer grossen Epidemie in der Schweiz, die Zahl der Erkrankten wird auf über 50'000 geschätzt (*siehe Graphik Bild 17 Seite 249*). Was war passiert? Der Impfstoff sollte doch hochwirksam sein, wieso erkrankten die Geimpften trotzdem an Mumps?

**Bild 16**

Dr. Franz Riegel vom BAG gab als Erklärung an: „Es ist denkbar, dass sich das Mumpsvirus derart verändert hat, dass die heutigen Impfstoffe keinen optimalen Schutz mehr bieten.“ Und Dr. Lothar Rützler meinte: „Wir müssen die Epidemien im Raum Altstätten einkreisen. Wir wollen die Kinder nachimpfen, z.B. mit einer 20fach erhöhten Dosis.“ Die bedauernswerten Kinder! Das hat ihnen auch nicht viel genutzt, wie die nächste Epidemie dann gezeigt hat. Die zweite Epidemie begann im März 1999, erreichte ihren Höhepunkt 1999 im Dezember und endete im August 2001. Bei dieser Epidemie wurde die Gesamtzahl der Mumpsfälle auf etwa 55'000 geschätzt. Hier waren nun Erklärungen behördlicherseits gefordert. Viele Eltern begehrten auf und verlangten Antworten. Sie waren von den Kinderärzten unter Druck gesetzt worden, ihre Kinder impfen zu lassen und nun erkrankten die Kinder trotzdem.

Die Ärzte ihrerseits gerieten unter Druck, da ihnen die Antworten fehlten. So wurden dann die Hersteller, bzw. ihre Vertreter, in die Praxen zitiert. Ein ehemaliger Vertreter der Firma Berna berichtete

**Bild 17**

uns, dass die Ärzte sehr verärgert gewesen seien, etliche Male seien sie sogar handgreiflich geworden. Von einem derart verärgerten Kinderarzt ist er dann auch die Treppe hinuntergeworfen worden. Genau so wenig wie die Ärzte den Eltern Antworten geben konnten, waren die Vertreter der Pharmafirmen in der Lage, den Ärzten Antworten zu geben. Der oben zitierte Vertreter von Berna fing dann an, auf eigene Faust Nachforschungen in der Firma anzustellen, weil er wissen wollte, warum der Impfstoff so massiv versagt hatte. Er wurde daraufhin wegen „mangelnder Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber“ fristlos entlassen. Schliesslich musste das BAG eine Erklärung abgeben. Man gab schlussendlich zu, dass bei der Epidemie bis Ende 1999 von den an Mumps erkrankten mehr als 75 Prozent vorschriftsmässig gegen Mumps geimpft waren.⁶² Von den Erkrankten im Jahr 2001 waren nach Angaben des BAG über 60 Prozent vorschriftsmässig geimpft.

63

Jetzt waren Massnahmen nötig, um das angeschlagene Image der Mumpsimpfung aufzubessern. Was tut man bei einer fehlenden Wirk-

samkeit, wenn der Glauben an die Impfung trotzdem noch nicht verloren gegangen ist? Man senkt das Impfalter und forciert die Impfungen! So auch in der Schweiz geschehen. Als erstes versuchte man einen Sündenbock für die Misere zu finden. Den hatte man auch schnell gefunden. Man machte den Rubini-Stamm im Impfstoff Triviraten der Firma Berna für das Misslingen des Schutzes verantwortlich. Im November 2002 empfahl die WHO, in nationalen Impfprogrammen vom Gebrauch des Rubini-Stammes abzusehen. Kinder, die ausschliesslich mit diesem Stamm geimpft wurden, sollten zusätzlich eine Dosis eines „wirksamen“ Mumpsimpfstoffes erhalten.⁶⁴ Der Rubini-Stamm war 1974 von Carlo Rubini in der Schweiz entnommen worden und hatte von ihm den Namen erhalten. Dass diese Erklärung nicht ausreichen kann, ist augenfällig. Denn in den meisten Impfausweisen der geimpften Kinder steht nicht der Name des verwendeten Impfstoffes, sondern lediglich eine handschriftliche Eintragung mit dem Vermerk „MMR“. Woher will man also wissen, dass die an Mumps erkrankten Geimpften den Rubini-Stamm erhielten?

Dr. M. Schröder von der Berna Biotech AG (sie stellt den Impfstoff Triviraten mit dem Rubini-Stamm her) gab an, dass sie seit der Mumpsepidemie wüssten, dass ihr Impfstoff nicht wirksam sei. Auf meine Frage, warum denn der Impfstoff dann nicht zurückgezogen werden würde, antwortete er, man sei momentan an der Entwicklung eines neuen Mumpsimpfstoffes. Dieser werde voraussichtlich in ca. zwei Jahren auf den Markt kommen. Solange werde man Triviraten weiterverwenden.⁶⁵ Ob wohl die Schweizer Eltern wissen, dass ihre Kinder also mindestens fünf Jahre lang einen unwirksamen Mumpsimpfstoff erhalten haben, bzw. erhalten werden? Wohl kaum.

Jetzt werden die Schweizer Kinder das erste Mal mit 12 Monaten bereits gegen Mumps geimpft, die zweite Dosis erfolgt mit 12 bis 24 Monaten, frühestens einen Monat nach der ersten Dosis. Wir sind gespannt, was sich die Behörden bei der nächsten Epidemie einfallen lassen. Der Phantasie unserer Behörden sind ja bekanntlich keine Grenzen gesetzt. Als Beispiel eine kleine Anekdote von der letzten Mumpsepidemie in der Schweiz. Im Raum Interlaken (Berner Oberland) gab es ebenfalls viele Geimpfte, die an Mumps erkrankten. Die betroffenen Eltern wurden dann von der Ärzteschaft aufgefordert,

ihre Kinder zur Sicherheit nochmals impfen zu lassen. Dass unsere Ärzte Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung haben, ist berechtigt und angebracht. Doch dass sie inzwischen auch an der Immunität nach einer normalen Mumpserkrankung zweifeln, erscheint doch als übertriebene Ängstlichkeit. Am meisten erstaunt hat uns, dass die Mehrzahl der Eltern dieses Vorgehen nicht hinterfragt hat.

Gesündere Kinder durch Mumps?

Mumps gehört zu den Kinderkrankheiten. Schon unsere Vorfahren wussten, dass Kinderkrankheiten gesundend auf den Organismus wirken. Mumps fördert die Entwicklung und Reifung des Kindes. Das kindliche Immunsystem wird angeregt und das Kind wird allgemein widerstandsfähiger. Nach einer normal durchgemachten Mumpserkrankung verringert sich für Frauen deutlich das Risiko, im späteren Leben an Eierstockkrebs zu erkranken.⁶⁶ Auch andere Krebsarten sind nach einer Mumpserkrankung seltener, mit Ausnahme von Brustkrebs.⁶⁷ Nach einer anderen Studie wurde festgestellt, dass Mumps, in der Kindheit durchgemacht, die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben an Multiple Sklerose zu erkranken, erheblich senkt.⁶⁸ Dies sind Tatsachen, die wir nicht so ohne weiteres ausser Acht lassen sollten. Aus Sicht der Impfbefürworter werden diese Studien lediglich belächelt. Man sagt, dass Kinder täglich Mikroben ausgesetzt sind und dass sie an diesen ebenso reifen könnten. Aber die typischen Kinderkrankheiten sind mit hohem Fieber in Kombination mit einem Hautausschlag und einer Schuppung verbunden. Hier werden Vorgänge in Gang gesetzt, die die Kinder nur durch diese Krankheiten und nicht durch einen einfachen Schnupfen durchmachen können. Deshalb ist es auch wichtig, die Kinder diese Krankheiten durchstehen zu lassen.

Viele Eltern berichten, dass die Kinder nach der Krankheit selbstständiger sind und einen grossen Entwicklungsschritt gemacht hätten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einführung einer Mumpsimpfung in keinem Land zu keinem Zeitpunkt indiziert war. Weder führte die Krankheit zu schwerwiegenden und/oder häufigen Komplikationen, noch trat sie gehäuft auf. Im Gegenteil, vor Einführung der Mumpsimpfung waren die Säuglinge im ersten Lebensjahr

vor der Krankheit geschützt und die grosse Mehrzahl der Erkrankungen fand im Alter vor der Pubertät statt. Erst durch unser Eingreifen in die Natur der Dinge haben wir es geschafft, sie durch den fehlenden Nestschutz der Mutter in das Säuglingsalter, bzw. in das Jugendlichen- und Erwachsenenalter zu verdrängen. Und hier können diese Krankheiten ungleich grössere Probleme verursachen. Doch mit einer höheren Durchimpfungsrate ist dem nicht entgegenzuwirken. Sonstern viel eher mit einer Rückkehr zum natürlichen Menschenverstand.

¹ Nokes, et al, Epidemiol Infect 105: 175-195, 1990

² Spiess H., Impfkomplikationen, 5. Aufl., 1999, Thieme Verlag

³ Bösel, Praktikum des Infektionsschutzes, Hoffmann Verlag Berlin, 13. Aufl., 2000

⁴ Phillips C., W.B. Saunders, 1992: 808-810

⁵ Vuorie et al., Acta Otolaryngia 1962, 55: 231-236

⁶ CDC, MMWR 1989, 38(22): 388-392, 397-400

⁷ Hope-Simpson RE., Lancet 2:549-554, 1952

⁸ Andersen RM, et al., Nature, 318:323-329, 1985

⁹ Hamilton R., London Med J 11: 190-211, 1790

¹⁰ Gordon J., Am J Med Sci 200:412-428, 1940

¹¹ Gordon J., und Kilham L; Am J Med Sci 218:338-359, 1949

¹² Postovit VA., Voen Med Zh 3:38-41, 1983

¹³ Arday DR et al, Am J Public Health 79:471-474, 1989

¹⁴ Kühlmann JC., Mil Med 3:255-257, 1994

¹⁵ Johnson CD, Goodpasture EW, Am J Hyg 21:46-57, 1935

¹⁶ Habel K., Public Health Rep 60:201-212, 1945

"Enders JF; J Pediatr 29:129-142, 1946

¹⁸ Habl K., Public Health Rep 61:1655-1664, 1946

¹⁹ Habl K., Am J Hyg 54:295-311, 1951

²⁰ Heule W., et al, J Immunology; 83:17-28

²¹ Weibel RE., et al., N Eng J Med; 276(5):245-251

²² Smorodintsev AA., Acta Viral 9:240-247, 1965

²³ Weibel RE., et al., N Eng J Med 276:245-251, 1967

²⁴ Grätz J.-F.. Sind Impfungen sinnvoll? 5. Auflage, S. 42, Hirthammer Verlag München

²⁵ Hodes D., Et al, Pediatrics 45:99-101,1970

²⁶ arznei-telegramm 1994, 11:109

²⁷ Quast U., Impfreaktionen, Hippokrates Verlag, 1996

²⁸ Sawada H., et al, Lancet 342:371, 1993

²⁹ Adler J.B., et al, Pancreas 1991, 6(4): 489-490

³⁰ Cebria L et al., Pancreas 1994, 9(3): 390-391

- ³¹ arznei-telegramm 1994, 7:65
- ³² Kaga K et al, Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1998, 43(1):73-75
- ³³ Stewart, B., et al, Arch Dis Child 1993, 69(1): 153-154, etc.
- ³⁴ Fujinaga T. et al, Pediatr Infect Dis J 1991, 10(3): 204-209, etc.
- ³⁵ Ehrengut 1989, Health Resources and Services Administration, Vaccine Injury Table March 24, 1997
- ³⁶ Dyer C., British Medical Journal, 1994, Vol 309, p. 759
- ³⁷ Lancet (3. Januar 1993
- ³⁸ Bösel B., Praktikum des Infektionsschutzes, 13. Auflage, 2000, Hoffmann Verlag Berlin
- ³⁹ Ywata M., Lancet, Vol 343, 8.1.1994
- ⁴⁰ Albonico, Sozial- und Präventivmedizin, Vo 40, Nr. 2, 1995, S. 119ff
- ⁴¹ Mühlendahl v. K.E., 1989, Lancet; 12.8:394
- ⁴² Otten A. et al., Behring Inst Mitt 1984(75):83-88
- ⁴³ Barr R., et al., Fact Sheets Measles, 1998
- ⁴⁴ Hyoti H. et al., Diabetologia 1993, 36(12): 1303-1308
- ⁴⁵ CDC, MMWR 1991, 16:389
- ⁴⁶ Hyoti H., et al., Diabetologia 36: 1303-1308, 1993
- ⁴⁷ Ehrengut W., Klinische Virologie, Verlag Urban Mnch 1986
- ⁴⁸ Fescharek, Vaccine 1990, 8:446-456
- ⁴⁹ Helmke K. et al, Diabetologia 1986, 29:30-33
- ⁵⁰ Otten A. et al, Behring Mitteilungen 1984, 75:83-88
- ⁵¹ Institute of Medicine, Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality, Washington, DC: National Academy Press 1994
- ⁵² Maclare N, Atkinson M., New England Journal of Medicine 1992, 327:348-349
- ⁵³ Wharton M, et al, Journal of infec Dis 1988, No 6, Vol 158, 1253-1260
- ⁵⁴ Cochi S.L., et al, 1988 Am J Dis Child, 142, Mai: 499-507
- ⁵⁵ Chaiken B.P, et al, 1987, J Am Med Ass; 257 (18):2455-2458
- ⁵⁶ Sullivan K.M, et al, 1985, Pediatrics; 76(4): 533-536
- ⁵⁷ Arday D.R. et al., 1989, Am J Dis Child; 79(4): 471-474
- ⁵⁸ Finmara N.J, et al., 1981, MMRW; 33(29): 421-430
- ⁵⁹ Dias JA., et al, Eurosurveillance 1:25-28, 1996
- ⁶⁰ Yamada A et al, Vaccine 8: 553-557, 1990
- ⁶¹ Briss PA et al., J Infect Dis 169: 77-82, 1994
- ⁶² Bulletin BAG Nr. 1, vom 3.1.2000
- ⁶³ BAG Bulletin 21, 20.5.2002
- ⁶⁴ BAG Bulletin 16, 15.4.2002
- ⁶⁵ mündliche Aussage an der Impftagung vom 23.3.2002
- ⁶⁶ West R, Cancer 1966, 19:1001-1007, sowie Newhouse et al, Br J Prev Soc Med 1977,31: 148-153
- ⁶⁷ Albonico H.U. Med Hypotheses 1998, 51(4): 315-320
- ⁶⁸ Kesselring J. Schweiz Med Wochenschr 1990, 120: 1083-1090

Pertussis (der Keuchhusten)

Eine Krankheit, die langsam ihren Schrecken verliert

Die erste Beschreibung von Keuchhusten, in der Medizin Pertussis genannt, stammt von Guillaume De Baillon. Er beschrieb die Pertussisepidemie von 1578 in Paris. Die Krankheit war damals in Frankreich unter dem Namen „Quinte“ bekannt, was vermutlich auf die im fast fünfstündigen Rhythmus ablaufenden Hustenanfälle zurückzuführen ist. Im frühen 16. Jahrhundert wurde in den London „Bills of Mortality“ von 1701 die noch heute gültige Bezeichnung „whooping cough“ gebraucht.²

Dass man die Krankheit in früheren Zeiten nicht beschrieben hat, mag verschiedene Gründe haben. Zum einen wurde sie sicherlich oft mit einer Grippe verwechselt oder einem schlimmen Husten. Einige Forscher sind der Meinung, dass das Keuchhustenbakterium vor dem 5. Jahrhundert nur in Tieren existierte und dann im 6. Jahrhundert auf den Menschen überging.³ Auch heute noch gibt es eine Art von Bordetella, die ausschliesslich auf Tieren vorkommt. Andere Historiker wiederum sehen Anzeichen von Pertussis in den vergangenen Jahrhunderten in Südindien und Malabar.⁴ Der Ausdruck Pertussis gebrauchte erstmals Sydenham im Jahr 1679. Es kommt aus dem lat., per = sehr oder stark und tussis = Husten.

Grundsätzlich lässt sich Pertussis zu den Krankheiten zählen, die sozioökonomische Bedingungen zum Ausbruch benötigen. Die schlimmen Pertussisepidemien fanden immer zu Zeiten von Armut, Unterernährung, unsauberem Wasser, mangelnder Hygiene und Überbevölkerung statt. So entstandenz.B. die Epidemien in Paris von 1578, Rom 1695 und London in den späten 1850er Jahren.⁵ Der schottische Forscher und Arzt Dr. Gordon Stewart belegte, dass Pertussis um 80 Prozent zurückgegangen war, bevor die Impfungen einsetzten.⁶ In den USA waren es sogar fast 90 Prozent.⁷

Auch bei uns war Pertussis vor 100 Jahren eine zu fürchtende Krankheit, die besonders während der Kriege heftig auftrat. Heute hat diese Krankheit viel von ihrem Schrecken verloren. Nichtsdestotrotz wird sie von den Impfbefürwortern noch immer als eine der

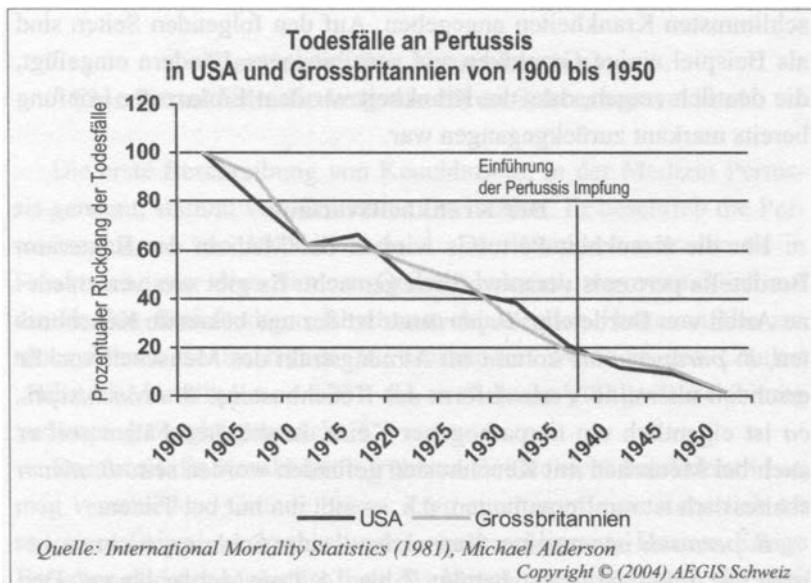
schlimmsten Krankheiten angegeben. Auf den folgenden Seiten sind als Beispiel einige Graphiken aus verschiedenen Ländern eingefügt, die deutlich zeigen, dass die Krankheit vor dem Einsatz der Impfung bereits markant zurückgegangen war.

Der Krankheitsverlauf

Für die Krankheit Pertussis wird in der Medizin das Bakterium *Bordetella pertussis* verantwortlich gemacht. Es gibt vier verschiedene Arten von *Bordetella*: *B. pertussis* ist der uns bekannte Keuchhusten, *B. parapertussis* kommt im Atmungstrakt des Menschen vor. Er erscheint als milde Verlaufsform des Keuchhustens. *B. bronchiseptica* ist eigentlich ein tierpathogener Keim. In seltenen Fällen soll er auch bei Menschen mit Keuchhusten gefunden worden sein. *B. avium* schliesslich ist nur tierpathogen, d.h. es gibt ihn nur bei Tieren.

B. pertussis ist von einer Kapsel, bzw. einer Schleimschicht umgeben. Die Inkubationszeit beträgt 7 bis 14 Tage, selten länger. Den Verlauf der Krankheit unterteilt man in drei Stadien. „*Stadium catarrhale*“ dauert etwa ein bis zwei Wochen mit meist untypischem Husten, es sieht aus wie eine Erkältung. Das „*Stadium convulsivum*“ dauert vier bis sechs Wochen, hier hören wir den sogenannten Stakkatohusten, mit Erbrechen und der ziehenden Einatmung. Das dritte und letzte Stadium nennt man „*Stadium decrementi*“, die Beschwerden klingen langsam ab. Werden die Kinder homöopathisch begleitet, bleiben Komplikationen erspart, vor allem aber ist die Dauer der Erkrankung stark verkürzt. Bei sehr kleinen Säuglingen kann es evtl. hustenarme Verläufe geben, anstelle derer es zu lebensbedrohenden Atemstillständen kommen kann. Daher ist bei Säuglingen, die jünger als drei Monate sind, evtl. ein Spitalaufenthalt notwendig. Zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat können die Kinder schon besser abhusten. Bei Rachitis oder einer kalziumarmen Ernährung ist der Keuchhusten wesentlich gefährlicher.⁸

Als Komplikation einer Keuchhustenerkrankung können eine Lungen- oder Mittelohrentzündung, zerebrale Anfälle und Gehirnerkrankungen auftreten. Früher verstarben viele Kinder an Keuchhusten. Wirklich gefährlich ist die Krankheit eigentlich nur bei Kindern im ersten halben Lebensjahr, da sie den Schleim nicht abhusten kön-

**Bild 18**

Lange vor der Einführung von der Pertussisimpfung 1936, in der Zeitspanne von 1900 bis 1935, waren die Todesfälle an Pertussis in den USA und Grossbritannien stark rückläufig. Die Mortalität reduzierte sich bis 1935 in den USA um 79 Prozent respektive um 82 Prozent in Grossbritannien. Nach 1936 verflachte sich die Abnahme der Todesfälle sogar.

nen. Der Rückgang der Sterblichkeit an Keuchhusten im Säuglingsalter ist den verbesserten Sozial- und Ernährungsbedingungen, den verbesserten Therapien und Überwachungsmöglichkeiten im Spital und schliesslich dem Weglassen von hustendämpfenden Medikamenten und Schlafmitteln zu verdanken.^{9,10} Bereits 1968 war man sich bewusst, dass der Tiefstand der Krankheitsentwicklung den Antibiotika und der Erhöhung des Lebensstandards und nicht den Impfungen zuzuschreiben ist. So hiess es damals in einer Ärztezeitschrift: „Die seit 20 Jahren beobachtete geringere Sterblichkeit kann indessen nicht auf sie (die Impfung, d. A.) zurückgeführt werden. Sie ist zum einen Teil dem Einsatz von Antibiotika zu verdanken, die den Mikroben verursachten Infektionen Einhalt gebieten, zum anderen Teil der Erhöhung des Lebensstandards. Denn die Keuchhustenplage ist um so schlimmer, je schlechter die Lebensumstände sind.“¹¹ In den IJ-SA gab man 1948 zu, dass die Todesrate an Diphtherie, Masern, Scharlach und Keuchhusten bei Kindern im Alter von ein bis 14 Jah-

ren bereits um 95 Prozent gesunken war, bevor die Massenimpfungen einsetzten. Diese Daten wurden von einer Lebensversicherung veröffentlicht.¹²

Noch in den dreissiger Jahren wurden in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde zur Behandlung von Keuchhusten bei Säuglingen Brom und atmungsdämpfende Präparate wie Phenobarbitol und in schweren Fällen sogar Opiate empfohlen.¹³ In China nennt man Pertussis auch den 100-Tage-Husten. Auch heute noch dauert ein Keuchhusten zwischen sechs und 12 Wochen. Trotz flächendeckender Impfungen tritt die Krankheit auch heute noch zyklisch alle drei bis fünf Jahre als Epidemie auf. Wobei zu beachten gilt, dass sie längst den Schrecken der Vergangenheit verloren hat.

Über den Immunstatus nach der Erkrankung gibt es erstaunlicherweise recht unterschiedliche Angaben. So lesen wir einerseits: „*Die durch eine natürliche Infektion erworbene Immunität hält Jahrzehnte lang an.*“¹⁴ Dr. Graf formuliert es so, dass es praktisch einen lebenslangen Schutz gibt,¹⁵ wo hingegen Prof. Schmitt von etwa 20 Jahren Immunität spricht.¹⁶ Wenn man die älteren Generationen befragt, dann ist auch hier aus Erfahrung von einem fast lebenslangen Schutz die Rede.

Wie die Pertussisbakterien, das *Bordetella pertussis*, die Krankheit erzeugen soll, ist noch immer in Forscherkreisen ein Rätsel. Prof. B. Schneeweiß formuliert es treffend wenn er sagt: „*Da es aber kein typisches Tiermodell für Pertussis gibt, bleiben die Vorstellungen über die Pathogenese dieser Infektion bisher lückenhaft.*“¹⁷ Und bei Prof. Spiess lesen wir: „*Ihre biologisch pathogenetische Wirkung sowie ihre Bedeutung für die Infektionsimmunität sind bis heute nicht vollständig geklärt.*“¹⁸ Umso bedenklicher mutet es an, dass wir trotz all dieser Unwissenheit Impfstoffe produzieren und sie bei allen zwei Monate alten Kindern anwenden sollen.

Die Behandlung von Pertussis

Durch die krampfartigen Hustenanfälle sind die Kinder stark belastet. Hier helfen Fussbäder um die gesamte Durchblutung anzuregen, wobei es zu einer leichteren Ablösung des Schleims, sowie zu einer allgemeinen Entspannung des Körpers kommt. Hustenreizende

Speisen, wie Nüsse, krümelreiches Gebäck, usw. sind wegen dem Auslösen von Hustenattacken zu meiden. Kleine Mahlzeiten, öfters eingenommen, sind sehr zu empfehlen. Eine stickstoffreiche Luft, wie z.B. in Kuhställen, erleichtert das Husten ebenfalls. Ebenso sind Aufenthalte in höheren Lagen - Berge - zu empfehlen. Schlafen bei offenem Fenster tut den Kranken gut. Kräutertee, aus beruhigenden, krampflösenden Kräutern ist zu empfehlen, z.B. Hagebutten, Thymian, Melisse, Minze, Veilchen etc. mit Honig. Diesen Tee aber nur löffelweise einnehmen, wegen der Gefahr eines Hustenreizes. Was früher oft angewendet wurde, waren Kohlblattauflagen (mit den äusseren Wirsingblättern) auf Brust und Rücken. Die Kinder schlafen dann in der Nacht meist anfallsfrei durch. Bei den Blättern wird die Blattachse herausgeschnitten und sie werden grob gequetscht. Sie werden direkt auf die Haut aufgelegt und mit einem Baumwolltuch oder mit einem engansitzenden Unterhemd fixiert, so dass sie nicht verrutschen. Sobald die Blätter welk oder braun geworden sind, müssen sie ausgewechselt werden.

Durch die Gabe von chemischen Beruhigungs- oder auch hustenstillenden Mitteln fordert man die Gefährlichkeit des Keuchhustens im Säuglingsalter und danach erheblich. Der Husten wird dadurch kraftloser und seltener, d.h. der Schleim bleibt leichter in der Lunge, und es kann in der Folge zu einer Lungenentzündung und zu einem Sauerstoffmangel im Gehirn kommen. Eine homöopathische Begleitung, bzw. Behandlung ist unbedingt zu empfehlen, in jedem Alter. Antibiotika helfen nur im Anfangsstadium der Krankheit, später zeigen sie keine Wirkung mehr.

,„Neue“ Keuchhusten-Bakterien?

1996 ist in den Niederlanden unter Geimpften eine Keuchhusten-epidemie aufgetreten. Die Zahl der Fälle stieg von 1995 bis 1996 von 321 auf 2778. Im Jahr 1997 wurden ebenfalls annähernd 3000 Fälle registriert. Man war der Meinung, es handele sich um eine „neue Keuchhusten-Art“, die gegen herkömmliche Impfstoffe resistent sei.¹⁹ In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass ein zunehmender Teil der Erkrankung bei Geimpften durch genetisch veränderte Keuchhustenbakterien ausgelöst wurde. Die Bakterien hatten sich der neuen

Umgebung angepasst.²⁰ In den Niederlanden waren zum Zeitpunkt der Epidemie mehr als 96 Prozent der Bevölkerung gegen Keuchhusten geimpft.

In Dänemark brach 1997 ebenfalls eine Epidemie unter den Geimpften aus.²¹ Die logischste Erklärung für diese Vorkommnisse dürfte noch immer die sein, dass nicht sein kann was nicht sein darf. Wenn in einer wohldurchgeimpften Population Epidemien ausbrechen darf es nicht an der Wirkungslosigkeit der Impfung liegen. Dann müssen sich halt eben Bakterienstämme im Namen der Wissenschaft verändern!

Die Geschichte der Pertussisimpfung

Im Jahr 1906 hat der französische Bakteriologe Jules Bordet das Keuchhustenbakterium entdeckt, seitdem heisst es ihm zu Ehren Bordetella pertussis. Er isolierte noch im gleichen Jahr mit Octave Gengou zusammen die Mikrobe. Das Problem mit dem sowohl Bordet als auch die heutigen Wissenschaftler zu kämpfen haben, ist die Tatsache, dass das Pertussisbakterium aus vielen hunderten, vermutlich tausenden kleinster Teile von Protein besteht, die man Antigene nennt. Das grösste kann man unter dem Mikroskop erkennen, die meisten sind indes unsichtbar. Die Aussagen von Dr. V. A. Fulginiti von 1980 treffen auch heute, nach mehr als 20 Jahren noch immer zu:
„Wir wissen weder, warum Kinder sich von Pertussis erholen, noch welches Antigen welche Immunprozesse hervorruft. (. .) Die selben chemischen Grundbestandteile des Bakteriums, die im Wirt die Immunität hervorrufen, haben auch toxische Eigenschaften und es ist sehr, sehr schwierig, die beiden Elemente zu trennen, um sicherzugehen, dass das Kind geschützt ist und keine Nebenwirkungen zeigt. Wir haben einfach Schwierigkeiten, die zwei Auswirkungen des Bakteriums zu trennen.“²²

Die erste Keuchhustenimpfung wurde von Bordet und Gengou 1912 entwickelt und in Tunesien getestet. Damals wie auch heute noch testete man den Impfstoff im Ausland an einer uninformierten Bevölkerung. Die Herstellung des Ganzzellimpfstoffes damals war sehr simpel und hat sich bis heute nicht grundlegend geändert. Die Pertussisbakterien werden normalerweise auf einem Medium von

Kasein-Hydrolysat mit Hefe, Dialyse und einer Ergänzung von Agar und Kohle gezogen und mit einem Merkur-Derivat konserviert. Andere mögliche Inhaltsstoffe sind Hydrochloridsäure, als Adjuvans normalerweise eine Aluminiumkomponente, Sodium Hydroxid und Salze. Früher wurde oft menschliches Blut beigelegt, heute ist das verboten. Die Mischung wird in grossen Tanks hergestellt und die Bakterien dann durch Hitze und Formaldehyd abgetötet. Nachdem er bei frostnahen Temperaturen einige Zeit gelagert wurde, wird er abgefüllt und verimpft. Heute werden noch andere Chemikalien zugefügt.

1925 erprobte der dänische Wissenschaftler Thorwald Madsen einen abgeänderten Keuchhustenimpfstoff während einer Epidemie auf den Faröer-Inseln. Durch seine Arbeit ermuntert, entwickelten viele Wissenschaftler eigene Keuchhustenimpfstoffe. In den zwanziger Jahren erschien eine Anzahl von ihnen auf dem Markt in Europa und den USA. Die American Medical Association (AMA) entschied schliesslich 1931 der vielen Nebenwirkungen wegen, den Pertussisimpfstoff von ihrer Liste anerkannter Medikamente zu streichen.

1943 berichtete die amerikanische Ärztin Pearl Kendrick aus Grand Rapids, Michigan, dass sie einen Keuchhustenimpfstoff entwickelt habe, dem sie Aluminiumsalze beigelegt habe. Dadurch, so ihre Behauptung, sei der Impfstoff wirksamer und müsste weniger Bakterien enthalten. Auf ihren Bericht hin werden seitdem Aluminium oder darauf basierende Substanzen als sogenannte Adjuvantien beigelegt. Sie war auch mitverantwortlich dafür, dass Pertussis mit Diphtherie und Tetanus Mitte der vierziger Jahre in einer Spritze kombiniert wurde.²³ Dieser Impfstoff wurde Trivalent genannt. Er wurde vor der Zulassung nie auf seine Sicherheit überprüft, sondern einfach ohne jede Tests angewandt.²⁴

1959 stellt das Pharmaunternehmen Parke-Davis in den USA einen ersten Vierfach-Impfstoff her. Enthalten waren Diphtherie, Tetanus, Polio und Keuchhusten. Man nannte ihn QuadriGen. Dieser Impfstoff wurde wiederum ohne eine einzige Studie betreffend Sicherheit von der FDA zugelassen.²⁵ Es dauerte neun Jahre bis er endlich vom Markt genommen wurde. 1968 wurde die Produktion eingestellt, nachdem viele Gerichtsverfahren gegen den Hersteller

wegen Todesfallen nach dieser Impfung liefen. Heute findet man kaum noch Angaben zu diesem Impfstoff in der Literatur, lediglich in einigen älteren medizinischen Büchern. Es ist geradeso als ob es ihn nie gegeben hätte. Die heutige Propaganda arbeitet gründlich. So wird grundsätzlich der momentan zur Verfügung stehende Impfstoff über alles gelobt, Nebenwirkungen werden strikt geleugnet. Sobald ein neuer Impfstoff entwickelt wurde, wird von den gleichen Personen oder Institutionen am alten Impfstoff Kritik geübt. Dies soll den Eindruck entstehen lassen, auch von Impfbefürworterseite sei man für Kritik offen und gebe seine Fehler zu. Heute ist einzig und ausschliesslich offiziell Kritik an der Pocken-, der Polioschluckimpfung, dem alten Ganzzellimpfstoff gegen Keuchhusten sowie am Tbc-Impfstoff zu hören. Nachdem die Schäden derart überhand nahmen, musste man diese Impfstoffe schliesslich zurückziehen. Die gleichen Personen, die ihn vehement verteidigt hatten, waren wenige Jahre später angeblich froh über seine Einstellung. Es ist also scheinbar nicht wichtig, genau informiert zu sein, sondern es ist lediglich von Bedeutung, seine Fahne nach dem richtigen Wind wehen zu lassen.

Der Pertussisimpfstoff ist der schwierigste in der Herstellung. Dr. Margaret Pittman, die viele Jahre die führende Pertussis-Impfstoff-Spezialistin der US-Regierung war, sagte: „*Bordetella pertussis* ist einzigartig unter den ansteckenden Bakterien in seiner hervorstechenden Eigenschaft, biologische Reaktionen zu verändern.“²⁶ Dr. Philip Brunell, ein führender amerikanischer Kinderarzt formulierte es 1982 auf dem Symposium der FDA über den neuen azellulären Impfstoff treffend: „*Man kennt die Potenz der Impfung erst, wenn sie durchgeführt ist.*“ Wie anders als Menschenversuche lässt sich also jede Impfung bezeichnen!

Bereits kurz nach Einführung der Ganzzellimpfung gegen Keuchhusten gab es viele Berichte über die Unwirksamkeit und Gefährlichkeit. In England wurden Kinder in Fürsorgeheimen und Tagesstätten in Studien mit dem Keuchhustenimpfstoff einbezogen. In einer dieser Studien konnte kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit oder Schwere der Keuchhustenerkrankung zwischen geimpften und ungeimpften Kindern festgestellt werden. 12,5 Prozent der geimpften und 14,1 Prozent der ungeimpften Kinder bekamen die Krankheit.²⁷ In

einer anderen Untersuchung wurde bewiesen, dass in epidemischen Situationen Keuchhustenimpfstoffe die Ausbreitung einer Epidemie nicht verhindern können²⁸ In zwei gross angelegten Studien wurde belegt, dass diese Impfung gänzlich unwirksam aber zugleich sehr gefährlich ist.^{29,30}

Der azelluläre Pertussisimpfstoff

Azelluläre Keuchhustenimpfstoffe bestehen nicht aus ganzen Zellen so wie beim Ganzkeimimpfstoff, sondern entweder aus zellfreien Extraktten, die dann T-Typ-Impfstoffe genannt werden (nach dem japanischen Hersteller Takeda) oder aber aus gereinigten einzelnen Komponenten des Bakteriums, genannt B-Typ-Impfstoff (benannt nach dem japanischen Hersteller Biken). Die Impfstoffe enthalten Pertussis-Toxoid, filamentöses Hämagglutinin, Pertactin und Agglutinogen Typ 2 in wechselnder Kombination mit Aluminiumverbindungen als Adjuvans. In Deutschland wurde dieser Impfstoff 1995 zugelassen, in Österreich 1996 und in der Schweiz 1998. Der Impfstoff soll weit sicherer sein als die alte Impfung, was aber in Studien nie belegt werden konnte. Details siehe weiter unten.

Was ist nun aus dem alten Ganzkeimimpfstoff geworden? Angeblich soll er nicht mehr angewandt werden. Dem ist aber nicht so. In den USA ist er noch immer zugelassen, d.h.er darf noch angewandt werden.³¹ Und in den Entwicklungsländern wird er ebenfalls ohne Ausnahme verwendet, da er billig in der Produktion ist.³²

Sicherheitstests bei Pertussisimpfstoffen

Beim Pertussisimpfstoff verwendeten die Forscher keine direkte chemische Analyse um zu zeigen, dass der Impfstoff unwirksam und ungiftig sei. Stattdessen wurden indirekte Tests mit Tieren durchgeführt. Der einzige Test um die Giftigkeit von Pertussisimpfstoff festzustellen, war der sogenannte Maus-Gewichts-Zunahme-Test. Dieser Test funktioniert folgendermassen: Wenn Mäuse nicht an Gewicht verloren, nachdem man den Impfstoff in ihre Bauchhöhle gespritzt hatte, nahm man an, dass das Ausmass an Toxizität auch für Kinder verträglich ist.³³ Dieser Maustest war Anlass für die amerikanischen Zulassungsbehörden, dem Pertussisimpfstoff die Bewilligung zu er-

teilen, an Millionen von Kindern verimpft zu werden. Und der Rest der Welt hat den Impfstoff bedenkenlos übernommen, weil die USA ihn scheinbar auf Herz und Nieren überprüft hatten.

Den Beweis, dass dieser Impfstoff weit gefährlicher war als auch heute noch offiziell zugegeben wird, lieferten Hunderttausende von Kindern, die durch diese Impfung an schwersten neurologischen Komplikationen zu leiden hatten. Vierzig Jahre lang wurden Eltern als hysterisch bezeichnet, die für die schweren Schäden an ihren Kindern die Pertussisimpfung verantwortlich machten. Heute, nachdem wir einen anderen, angeblich besseren, Impfstoff haben, tönt es anders. „*Es war immer bekannt, dass die Pertussiskomponente für die starken systemischen Reaktionen der DPT-Impfung hauptverantwortlich ist,*“ klingt es aus dem berufenen Munde von Prof. Kollaritsch aus Österreich.³⁴

Eins von 100 Kindern hat drei Stunden und länger nach der Impfung geschrieen; HHE, die Vorstufe von SIDS trat bei einem von 1750 Kindern auf; bleibende neurologische Schäden gar bei 1:3 10000.³⁵ Wie sehen nun die Sicherheitstests bei dem neuen azellulären Impfstoff aus? Heutzutage gibt es annähernd zwei Dutzend azelluläre Impfstoffe auf dem Markt. Sie variieren in der Zusammensetzung, Methoden zur Reinhaltung und zur Entgiftung, zugefügte Adjuvantien, etc. Heute gibt man zu, dass die optimale Zusammensetzung im azellulären Impfstoff sehr schwierig ist, weil keine einfachen Methoden existieren um die schützenden Faktoren der Impfung zu bestimmen.³⁶ Der Maus-Test ist ebenfalls nicht anwendbar bei dem neuen Impfstoff.

Pertussis und Antikörper

Nirgends ist man im Bezug auf die Rolle und Bedeutung der Antikörper einhelliger einer Meinung als beim Keuchhusten. Prof. Schneeweiß formuliert es kurz und treffend: „*Antikörper sagen nichts über Protektion aus.*“³⁷ Auch bei Prof. Spiess heisst es: „*Ein Rückschluss von der Höhe des gemessenen Titers auf den Immunstatus bezüglich Schutz vor erneuter Erkrankung ist derzeit nicht möglich.*“³⁸ Diese Einmütigkeit ist selten und begrüssenswert. Umso erstaunter mutet es an, wenn dann Studien veröffentlicht werden, wo

Antikörper gemessen und dann auf einen Schutz geschlossen wird. In einer Studie für den DTP-Impfstoff von GlaxoSmithKline, Infanrix, bei der sich eigenartigerweise auch Prof. Schneeweiß beteiligt hat, hat man die Verträglichkeit und Immunogenität des neuen azellulären mit dem alten Ganzkeimimpfstoff an 589 Kindern im Alter von 10 bis 32 Wochen verglichen. Nach Messung der Antikörper gegen Pertussis war man der Meinung, der Impfstoff sei hoch wirksam. Es sei kein einziger Fall einer schwerwiegenden Impfkomplikation aufgetreten, hiess es.³⁹ Eine Studie mit weniger als 600 Kindern ist in keiner Weise betreffend Nebenwirkungen aussagekräftig. Außerdem stellt sich die Frage, wie man bei Keuchhusten von den aufgefundenen Antikörpern auf einen Schutz vor der Krankheit schliessen kann.

Wie wirksam ist die Pertussis-Impfung?

In Frankreich wurden 217 Erwachsene auf Keuchhusten untersucht, die einen länger andauernden Husten hatten. Siebzig von ihnen wurden als Pertussis bestätigt. Von diesen 70 Patienten waren 60 Prozent vorschriftsmässig geimpft gewesen.⁴⁰

Eine etwas eigenartige Studie wurde in Deutschland zwecks Wirksamkeit von Infanrix durchgeführt. In der sogenannten Haushaltstudie wurden 173 Fälle von Ungeimpften und 112 Fälle von Infanrix-Geimpften, alle zwischen sechs und 47 Monaten alt, untersucht. Wobei hier unter Ungeimpften zu verstehen ist, dass diese Kinder mit Tetanus und Diphtherie aber ohne Pertussis geimpft wurden! Als Schlussfolgerung heisst es unter anderem: „*Dieser Schutz besteht zumindest bis zur Auffrischung.*“⁴¹ Diese Auffrischung findet statt, bevor die Kinder die Schule besuchen! Ob diese Tatsache wohl beruhigend für die Eltern ist, dass sie ihren Kindern eine risikoreiche Impfung verabreichen lassen, wo der Schutz nicht lange anhält? In der medizinischen Literatur wird besonders der „Schutz“ der Ganzkeimimpfung hervorgehoben. Hier die etwas eigenartige Aussage von Prof. Jilg zu dieser Impfung: „*Die Wirkungsweise der Ganzkeimvakzine ist nicht geklärt. Weder konnte bisher der protektive Wert der nach der Impfung gebildeten und nachweisbaren Antikörper gesichert werden, noch liess sich eine eindeutige Beziehung zwischen*

*Antikörper und dem Grad der Immunität feststellen. Dennoch kann an der Wirksamkeit der heute gebräuchlichen Ganzkeimvakzine nicht gezweifelt werden.*⁴² Man weiss nicht wie sie im Körper funktioniert noch kann man eine Immunität feststellen. Aber an der Wirksamkeit wird nicht gezweifelt! Was für eine Logik!

Aus den USA war zu hören, dass die Mitarbeiter der Beobachter (Beobachter-Bias) zu einer signifikanten Überschätzung der errechneten Wirksamkeit einer Impfung führen kann. Es ist angenommen worden, dass alle aktuellen Wirksamkeitsstudien durch diese Art von Ergebnisfälschung betroffen sind und alle Impfstoffe wesentlich weniger wirksam sind als die öffentlichen Daten suggerieren⁴³ Dass eine Impfung gar nicht schützen kann, sollte jedem aufmerksamen Beobachter klar sein. In der Schweiz wurde vom BAG durch das Sentinel Meldesystem eine Untersuchung durchgeführt. Dabei kamen folgende Ergebnisse zutage: Grundimmunisierte mit drei Impfungen erkranken bereits im zweiten Lebensjahr zu 52 Prozent, im dritten bis vierten Lebensjahr zu 75 Prozent an Pertussis.⁴⁴ Laut einigen Untersuchungen in Deutschland kann man ab fünf Jahren nach der letzten Impfung kaum noch von einem Schutz sprechen.^{45,46} 1986 wurden in Kansas (USA) 1'300 Fälle von Pertussis gemeldet, wovon 90 Prozent der Erkrankten geimpft waren.⁴⁷ Während eines Pertussisausbruches in Ohio (USA) hatten 82 Prozent der erkrankten jüngeren Kinder die regulären Dosen Impfstoff erhalten.⁴⁸

Geimpfte erkranken und stecken andere an

Auch Geimpfte können nach dem Kontakt mit Keuchhustenkranken die Bakterien auf sich tragen, bzw. weitergeben.^{49,50} Diese Aussage ist wichtig, denn oftmals werden Eltern mit Kindergartenkindern gerade mit dem Argument zum Impfen gedrängt, dass ihr ungeimpftes Kind die Krankheit nach Hause schleppen und den kleinen Säugling anstecken könne. Selbst wenn also die Impfung einen Schutz gewähren würde, so handelt es sich hier um keinen Schutz gegenüber Dritten. Ausserdem ist es wichtig zu wissen, dass die Aussage von einem „Schutz“ geimpfter Kinder nicht stimmt. Besonders für Säuglinge im ersten Lebenshalbjahr ist Keuchhusten eine ernstzunehmende Erkrankung, da sie den Schleim nicht selbstständig abhusten kön-

nen. Deswegen wird die Keuchhustenimpfung schon ab dem zweiten Lebensmonat empfohlen, damit die Kinder auch „geschützt“ sein sollen. Aber selbst Impfbefürworter geben zu, dass diese Impfung vor dem sechsten Lebensmonat keinerlei „Schutz“ verleiht.^{51,52} Also selbst wenn die Impfung schützen würde, bleibt ausgerechnet der meistgefährdeten Gruppe der Schutz verwehrt.

Heute hören wir auch oft das Argument, ältere Menschen sollten sich auch impfen lassen. Von vielen Gesundheitsbehörden wird eine Auffrischung der Keuchhustenimpfung alle zehn Jahre gefordert. Dies mit dem Hinweis, Erwachsene würden Säuglinge anstecken. Prof. Stewart Gordon, Facharzt für Epidemiologie und Direktor der Abteilung für öffentliche Medizin an der Universität in Glasgow bewies allerdings genau das Gegenteil. Nach seinen Angaben ist es eines der auffälligsten und beunruhigsten Aspekte der Impfung, dass 70 Prozent der Erwachsenen, die an Keuchhusten erkranken, von geimpften Kindern angesteckt worden sind⁵³ Um von dieser Tatsache abzulenken, wird jetzt Erwachsenen diese Impfung empfohlen! Diese Daten werden von einer Untersuchung in Kanada bestätigt. Dort stellte das Quebec Ministry of Health and Social Services fest, dass vor 1990 3,8 Fälle von Keuchhusten auf 100000 Personen kamen. Diese Zahl hat sich jetzt auf 37,2 Fälle auf 100000 Menschen erhöht. Kinder hatten die wenigste Zunahme (2,7fach). Bei den Erwachsenen nahm die Krankheit um das 22fache zu.⁵⁴

Neunzig Prozent der Spitalaufenthalte betrafen Kinder jünger als fünf Jahre. Eine Studie aus Deutschland zeigte, dass seit 1995, seit der azelluläre Impfstoff zugelassen ist, die Durchimpfungsrate auf 80 bis 90 Prozent bis in das Jahr 1997/1998 anstieg. Gleichzeitig kam es zu einem relativen Anstieg der Pertussis-Erkrankten im Jugendlichen- und Erwachsenenalter.⁵⁵ Zu dieser Erwachsenenimpfung gegen Pertussis hier noch ein bezeichnender Kommentar von Prof. F. Zepp, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Mainz und Mitglied der STIKO: „*Faktisch verfügen wir jedoch bislang über keine Erkenntnisse, ob die Impfung des Erwachsenen eine Bordetella-pertussis-Kolonisierung des Respirationstraktes beim Erwachsenen zuverlässig verhindern kann.*“⁵⁶ Nach neuen Untersuchungen in den neuen Bundesländern in Deutschland betreffen 50 Prozent aller Keuchhustenfälle

le Erwachsene.⁵⁷ Prof. Zepp erklärte auch noch gleich mit, warum es vor allem für die Geimpften wichtig ist, dass der Keuchhusten weiterhin zirkuliert und nicht ausgerottet wird. „*Solange ein bakterieller Erreger in der Bevölkerung zirkuliert und Wildinfektionen auftreten, besteht die Möglichkeit, mit dem Krankheitserreger die einmal erworbene Immunität zu boostern. Verschwindet die Erkrankung weil konsequent geimpft wird, wird die Chance, aus der Natur aufgefrischt zu werden, immer geringer und tendiert schliesslich gegen Null.*“⁵⁸ Prof. Zepp darf ganz beruhigt sein, mit einer Impfung werden wir den Keuchhusten ganz sicher nicht ausrotten können!

Es existiert auch eine passive Pertussisimpfung, die jedoch nicht angewandt wird, da sie keinerlei Nutzen bringt.

Deutschland und die Pertussisimpfung

In Deutschland wurde 1975 die Keuchhustenimpfung aufgrund der vielen Nebenwirkungen aus der Liste der empfohlenen Impfungen gestrichen. Vorausgegangen waren viele Diskussionen in Ärztekreisen, Artikel in medizinischen Zeitschriften und Gerichtsentscheide über die Nebenwirkungen dieser Impfung. Hauptverantwortlich dafür war Prof. Ehrengut. Er hatte seit Ende der sechziger Jahre in vielen Veröffentlichungen auf die Gefahren dieser Impfung aufmerksam gemacht. Prof. Ehrengut war damals Mitglied der STIKO. Anfangs der achtziger Jahre erschienen vermehrt Artikel in den medizinischen Fachzeitschriften, die die Wiedereinführung dieser Impfung forderten. Man prophezeite den deutschen Kindern verheerende Keuchhustenepidemien, wenn sie ungeimpft bleiben würden. 1984 erschien eine Untersuchung, in der die Wiedereinführung der Impfung verlangt wurde, aber gleichzeitig gab man zu, dass „die niedrige Letalität des Keuchhustens“ auffallend sei.⁵⁹ Hier zeigt sich also das gleiche Bild wie in Schweden. Trotzdem, dass so gut wie nicht mehr geimpft wurde, trat der Keuchhusten nicht nur seltener auf, sondern er verlief auch noch milder in seiner Form. In der Grafik auf der Seite 268 zeigt sich deutlich, dass die Impfung keinerlei Einfluss auf die Sterbefälle an Pertussis hatte. Die schraffierte Fläche von 1970 bis 1980 zeigt die Zeit, in der die deutschen Gesundheitsämter sehr intensive Impfungen vornahmen.

**Bild 19**

Die Grafik zeigt deutlich, dass die Impfung keinerlei Einfluss auf die Sterbefälle an Pertussis hatte. Die schraffierte Fläche von 1970 bis 1980 zeigt die Zeit, in der die deutschen Gesundheitsämter sehr intensive Impfungen vornahmen.

Bei allen Krankheiten gegen die geimpft wurde, zeigt sich in dieser Zehn-Jahres-Periode ein Rückgang der abfallenden Tendenz, d.h. um es mit den Worten von Dr. Buchwald auszudrücken, ohne diese Massnahmen wären die Krankheiten weit früher rückläufig geworden. 1991 hat Prof. Ehrengut die STIKO verlassen und seitdem wird die Keuchhustenimpfung wieder allen deutschen Kindern empfohlen. Seit dieser Zeit, so heisst es, sei das Aufkommen des Keuchhustens wieder gestoppt worden. Aus den offiziellen Daten des Statistischen Bundesamtes lässt sich allerdings nichts derartiges ableiten. Bereits lange vor dieser Zeit war ein Rückgang deutlich ersichtlich. Die Zahlen sind auch deshalb von grosser Bedeutung, weil doch ab 1991 in Deutschland die neuen Bundesländer mit ihren fast 16 Millionen Menschen dazukamen.

Seit 1962 sind Erkrankungsfälle an Pertussis in Deutschland nicht mehr meldepflichtig. In Deutschland starben an Pertussis 1990 acht, 1991 sechs, 1992 und 1993 jeweils drei und 1994 zwei Patienten, 1995, 1996 und 1997 wurde kein Todesfall gemeldet, 1998 wieder zwei. Die überwiegende Mehrzahl der Todesfälle betraf junge Säuglinge im ersten Lebensjahr.⁶⁰

Schweden und die Pertussisimpfung

In Schweden wurde die Keuchhustenimpfung 1979 eingestellt. In einer Untersuchung dazu heisst es, dass in den siebziger Jahren trotz einer hohen Durchimpfungsrate der Keuchhusten nach mehr als zehnjähriger Abwesenheit zurückkam. 1978 allein wurden den Behörden 5140 serologisch bestätigte Pertussisfälle gemeldet. Nach einer Überprüfung des Impfstatus stellte sich heraus, dass von 620 ein- bis sechsjährigen Kindern mit Keuchhusten 521 drei Dosen Impfstoff erhalten hatten, das sind 84 Prozent.⁶¹ Ähnliche Ergebnisse ergaben sich in Untersuchungen die zwischen 1974 und 1978 durchgeführt wurden. Aus diesem Grund wurde die Impfung schliesslich 1979 zurückgezogen. Nach Angaben in diverser impfbefürwortender Literatur haben nach Absetzen der Impfung in Schweden die Krankheitsfälle frappant zugenommen. Sieht man sich allerdings die medizinische Literatur genauer an, so stimmt das nicht. In einem Artikel in der Zeitschrift Lancet schreibt der Autor, dass heutzutage (1982) in Schweden Keuchhusten nicht einmal mehr für Kinder unter einem halben Jahr eine schwere Krankheit darstelle. Der klinische Verlauf des Keuchhustens sei milder geworden, obwohl sich die Häufigkeitsraten denen der Vorimpfärä angenähert hätten. Seit 1970 ist in Schweden kein Kind mehr an Pertussis gestorben.⁶²

Auch in der Schweiz ist seit 1970 kein Kind mehr an Pertussis gestorben. In einer Studie wurde festgestellt, dass die Keuchhustensterblichkeit gegenwärtig in den industrialisierten Ländern im Allgemeinen sehr niedrig sei und es keinen Unterschied in Schwere und Häufigkeit des Keuchhustens zwischen Ländern mit hohen, niedrigen oder gar keinen Durchimpfungsralten gibt.⁶³

1986 bis 1987 untersuchte man in Schweden zwei japanische azelluläre Pertussisimpfstoffe. Zwei Gruppen mit jeweils ca. 1400 Teilnehmern von sechs bis elf Monaten erhielten einen der beiden Impfstoffe. 954 der Kinder erhielten ein Placebo. Das Placebo bestand aus Formalin, Thiomersal und 0,15 mg Aluminium! Reaktionen wurden nur in den ersten 24 Stunden nach der Impfung aufgezeichnet. Die Häufigkeit der Komplikationen war sehr hoch und sie bestand aus Hypotonie, Krämpfen, Erbrechen, dauerndem Weinen, Schläfrigkeit, etc. Während der fünfzehnmonatigen Nachbeobachtungszeit traten

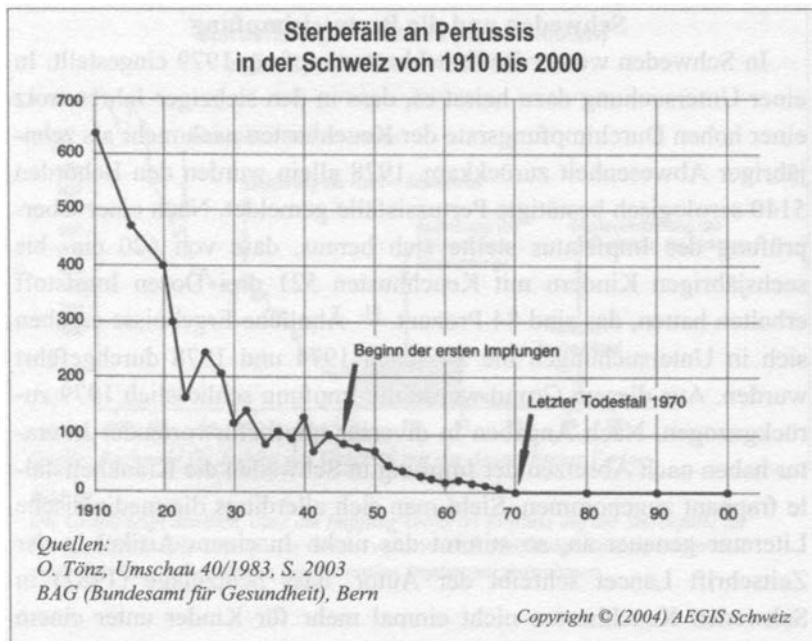


Bild 20

Der Rückgang der Sterbefälle an Pertussis hat sich, nach dem Beginn der ersten Impfungen, sichtbar verlangsamt. Seit 1970 starb in der Schweiz kein Kind mehr an Pertussis.

bei allen drei Gruppen gleich viele Keuchhustenfälle auf. Die Autoren der Studie betonen seltsamerweise, dass die Rate der Erkrankungen gezeigt habe, dass die Impfung die Kinder geschützt habe. Sie können aber nicht erklären, was oder wer die nicht gegen Keuchhusten geimpften Kinder geschützt hat! ⁶⁴

In dieser Studie bekamen elf Kinder in den beiden Impfgruppen invasive bakterielle Infektionen, verbunden mit Hib, Meningokokken etc., vier Kinder starben. Die Untersuchung endete damit, dass Prof. H. Wigzell, Vorstand des Staatlichen Bakteriologischen Labors in Stockholm bekannt gab, die neue azelluläre Pertussisimpfung werde in Schweden nicht zugelassen, da sie nicht schütze, gleichzeitig aber eine Ungewissheit bestehe, ob sie nicht mit Todesfällen und anderen schweren bakteriellen Infekten im Zusammenhang stehe⁶⁵

Diese Untersuchungen sind scheinbar in Vergessenheit geraten, denn heute (2004) wird auch in Schweden gegen Pertussis geimpft.

Japan und die Pertussisimpfung

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war Japan unter amerikanischer Besatzung. Dadurch wurde das Impfgesetz von 1948 gültig und alle Kinder mussten sich ab dem dritten Lebensmonat gegen Keuchhusten impfen lassen. Auf Druck der Öffentlichkeit wurde 1970 ein Gesetz zur Entschädigung bei Impfschäden eingeführt. 1975 starben zwei Säuglinge plötzlich nach der DPT-Impfung und die Behörden entfernten daraufhin die Pertussis-Komponente aus dieser Dreierkombination. Dies geschah, nachdem die Ärzte im Bezirk Okayama die Impfung boykottierten⁶⁶ Nach knapp einem Jahr wurde die DPT-Impfung zwar wieder eingeführt, jedoch erst ab dem Alter von zwei Jahren. Ein japanischer Forscher sagte am FDA-Impf-Symposium von 1982: „*Daraufhin wurde die Anzahl der Reaktionen sehr gering. Trotzdem wurde die DPT-Impfung in den folgenden Jahren immer weniger angenommen.*“⁶⁷

So versuchte man schliesslich einen besseren Impfstoff zu entwickeln. Dr. Yuji Sato - er hatte früher im NIH mit amerikanischen Impfforschern zusammengearbeitet - entwickelte dann eine azelluläre Impfung, bei welcher er durch Separations- und Toxidierungsprozesse den Impfstoff weniger toxisch, sprich giftig machte. Zwischen 1978 und 1981 wurde er an etwa 5'000 japanischen Kindern getestet. Heute hören wir allerorten, dass der neue azelluläre Impfstoff so gut wie nebenwirkungsfrei sei. Zumindest sei er in keiner Art und Weise mit dem alten Ganzzellimpfstoff zu vergleichen. Wenn man allerdings Studien ansieht, so stimmt diese Aussage nicht. Denn nach einer grossen japanischen Studie waren nach der Einführung der azellulären Impfung die milden Reaktionen zwar um 60 Prozent zurückgegangen, die schweren Reaktionen aber differierten nicht merklich zwischen den beiden Impfstoffen.⁶⁸ Die Häufigkeit lokaler Reaktionen erwies sich bei einer anderen Untersuchung nach der zweiten, dritten und der Auffrischimpfung höher als nach der ersten und zwar bei allen azellulären Impfstoffen.⁶⁹ Praktisch jedes Kind zeigte, unabhängig vom Alter, in irgendeiner Form lokale Reaktionen. Die gleichen Autoren schrieben in einer anderen Untersuchung, der azelluläre Impfstoff sei sehr rasch und auf breiter Basis eingeführt worden, bevor die Eigenschaften der im Impfstoff enthaltenen Keuchhusten-

Antigene vollständig bekannt waren. Zum Zeitpunkt seiner Einführung war das einzige Kriterium für die Wirksamkeit seine Leistungsfähigkeit, und diese war nur nach einem intrazerebralen Schutztest an Mäusen bestimmt worden.⁷⁰

Pertussisimpfung und bakterielle Infektionen

Immer wieder ist in der medizinischen Literatur ein Zusammenhang zwischen der Impfung gegen Keuchhusten und bakteriellen Infektionen besprochen worden. Bereits 1971⁷¹ und zusätzlich noch 1986⁷² und 1991⁷³ gab es nicht zu übersehende Hinweise in drei Studien, die einen Anstieg der Häufigkeit von Meningokokkenerkrankungen bei Säuglingen von drei Monaten bis zu einem Jahr berichteten. In allen Studien ist ein eindeutiger Anstieg mit der in den vierziger Jahren erfolgten Einführung der Massenimpfungen gegen Keuchhusten, den Schwankungen in der öffentlichen Akzeptanz in den siebziger Jahren und der Bereitschaft zur Keuchhustenimpfung zu erkennen. Man sieht sehr deutlich, dass die Propaganda für Massenimpfungen in allen industriell entwickelten Ländern mit einem deutlichen Anstieg der Häufigkeit einer invasiven bakteriellen Gehirnhautentzündung einhergeht. Und was auch wichtig ist: Die Krankheit trat nur bei Säuglingen im Impfalter auf und die grosse Mehrzahl der Erkrankungen manifestierte sich nach der zweiten Impfung.

Eine gross angelegte Untersuchung in Alaska zeigt deutlich, dass nicht sein kann, was nicht sein darf. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass trotzdem, dass fast die gesamte Bevölkerung geimpft sei und es zu einer hohen Häufigkeit von bakteriellen Gehirnhautentzündungen kam, kein Zusammenhang zwischen Impfungen einerseits und Krankheit andererseits bestehe⁷⁴. Die Studie hatte nur leider bei genauem Hinsehen einige kleinere „Schönheitsfehler“:

1. Die grösste Häufigkeit trat nach der dritten Impfung auf, also zu einem Zeitpunkt, in dem durch die wiederholten Injektionen fremder Antigene eine hohe Sensibilisierung entstanden war.
2. Die Autoren zogen die Auswirkungen, die sich nach 30 Tagen zeigten, nicht mehr in die Studie mit ein, obwohl die maximale Häufigkeit der Krankheit zwischen 31 und 60 Tagen lag.
3. Die Versuchspersonen waren alle geimpft! Es ist absolut sinn-

los, zwei Gruppen geimpfter Kinder miteinander vergleichen zu wollen. In einer als glaubwürdig zu erscheinenden Studie hat die eine Gruppe geimpft, die andere jedoch ungeimpft zu sein.

In allen Ländern mit einer hohen Impfdichte nehmen die bakteriellen Gehirnhautentzündungen in letzter Zeit markant zu, so auch bei uns im deutschsprachigen Raum. Eine Untersuchung an 243 gegen Keuchhusten geimpften Kindern im Vergleich zu 203 nicht geimpften Kindern ergab, dass bei den geimpften Kindern die relative Häufigkeit an Asthma zu erkranken etwa fünfmal so hoch ist, wie bei den Ungeimpften. Der Autor stellte fest, dass obwohl in der ungeimpften Gruppe Keuchhusten auftrat, die Kinder gesünder waren als die Geimpften. 130 der 243 geimpften Kinder hatten Ohrinfekte, bei den Ungeimpften waren es nur 59 Fälle.⁷⁵

Im Beipackzettel von Infanrix-Hib steht, dass 5,7 Prozent der Geimpften das Risiko einer Atemwegsinfektion haben. Das wären umgerechnet für Deutschland mit einem Geburtenjahrgang von einer Million Kinder bei jeder der vier Wiederholungsimpfungen etwa 57'000, also insgesamt etwa jährlich 200'000 Fälle eines Atemwegsinfektes.

Pertussisimpfung und plötzlicher Kindstod

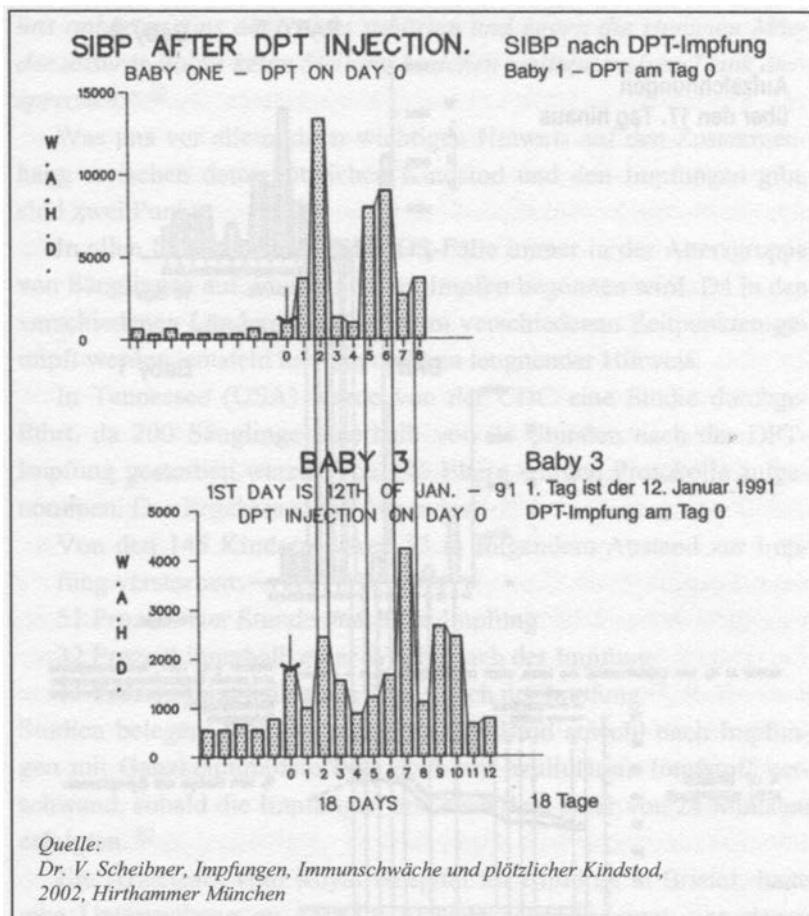
Pharmakreise und Ärzteschaft weigern sich vehement, einen Zusammenhang zwischen der Keuchhustenimpfung und dem plötzlichen Kindstod zu sehen. Obwohl ja selbst hierzulande, wo in einigen Ländern nicht einmal eine Produkthaftung des Herstellers besteht, erste zarte Hinweise im Beipackzettel stehen. Immerhin werden alle Symptome, die SIDS vorausgehen, schon einmal offen genannt, wie z.B. das schrille, unstillbare, stundenlange Schreien der Säuglinge.

In den USA stand auf dem Beipackzettel des Pertussisimpfstoffherstellers Connaught: „SIDS trat bei Kindern nach Verabreichung von DPT-Impfstoffen auf.“⁷⁶ Weiter hiess es dann allerdings, es bestehe aber kein Kausalzusammenhang. Bereits im Jahr 1933 wurden die ersten Todesfälle von Kindern nach dieser Impfung beschrieben. Der erste grosse Bericht mit Zahlenmaterial stammte 1982 von William C. Torch. Er belegte anhand von gesammelten Fakten, das 2/3 der Kinder vor ihrem Tod geimpft worden waren. Von diesen Kindern

waren 6,5 Prozent innerhalb 12 Stunden nach der DPT-Impfung, 13 Prozent innerhalb 24 Stunden, 26 Prozent innerhalb drei Tagen und 37 Prozent, 61 Prozent und 70 Prozent jeweils innerhalb einer, zwei oder drei Wochen nach der Impfung verstorben. Eine starke Häufung von Todesfällen trat innerhalb der ersten zwei oder drei Wochen nach der DPT-Impfung auf.⁷⁷ In der Schweiz sterben jährlich 80 bis 120 Kinder, in Deutschland ca. 1'300 und in den USA ca. 10000 Kinder an SIDS. Das sind ungefähr je nach Land ein bis vier Promille der Kinder.

Frau Dr. Viera Scheibner, australische Biologin, hat zusammen mit ihrem Ehemann, einem Ingenieur 1986 einen sogenannten „Wiegenwächter“ (Cotwatch-Gerät) entwickelt, um die Atemrhythmen der Neugeborenen zu registrieren. Sie wollten dem Phänomen des plötzlichen Kindstodes auf die Spur kommen. Sehr schnell liefen die ersten Geräte und sie konnten feststellen, dass es immer zu bestimmten Zeiten Alarm gab, vor allem wenn die Säuglinge tief schliefen. Sie traten nach Stress auf, bevor das Kind eine normale Erkältung oder z.B. den ersten Zahn bekam. Alle Eltern erhielten zusammen mit dem Gerät einen Fragebogen, auf dem sie alles wichtige, vor allem alle Alarmsignale aufschreiben sollten. Sie fanden keinen Kinderarzt, der bereit gewesen wäre, unabhängige Forschungen auf diesem Gebiet durchzuführen. Zu diesem Zeitpunkt wussten die beiden Forscher nicht, dass das Thema Impfen sehr kontrovers behandelt wurde. So mussten sie selber die Geräte entwickeln und die Untersuchungen ausführen. Sie stellten schliesslich, nach mühsamen Untersuchungen fest, dass vor allem die DPT-Impfungen - es sind die ersten Impflingen bei einem Säugling - einen erheblichen Stress im Kind auslösten, der sich in einer Periode von mindestens 45 bis 60 Tagen nach der Impfung in einigen Fällen als Atemaussetzer der Kinder zeigte. Alle diese Atemaussetzer traten in einem gleichen Rhythmus nach der Impfung auf.

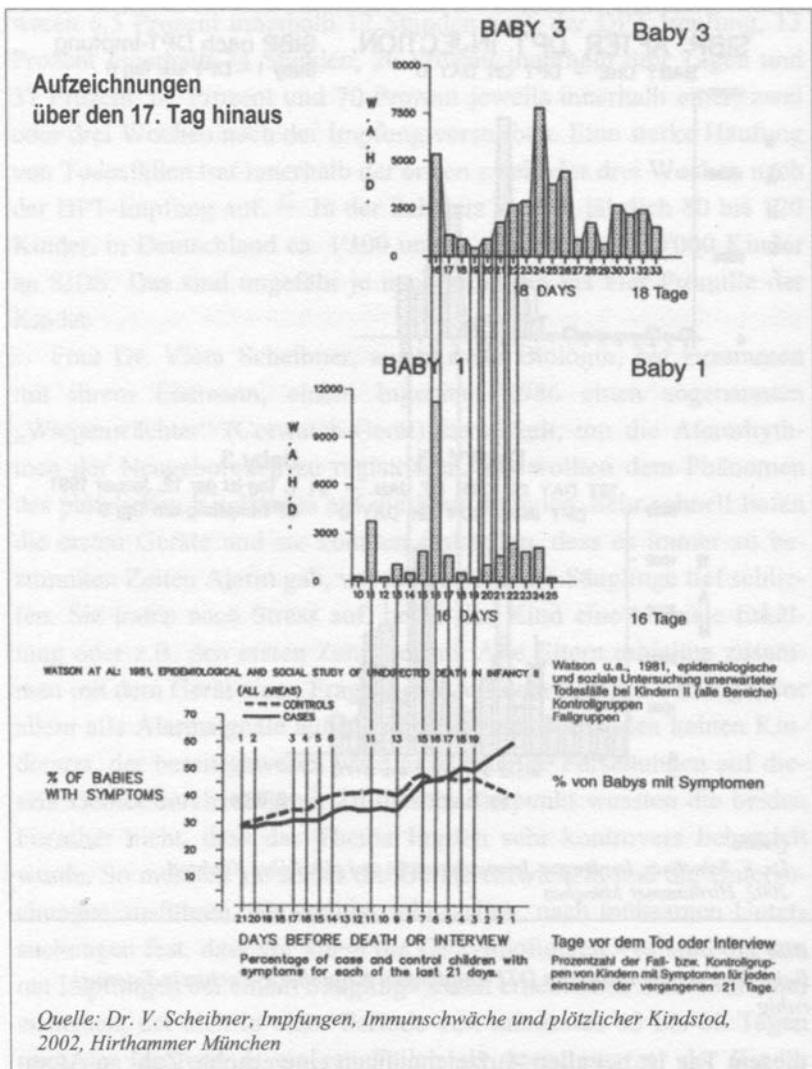
Die Abbildungen auf den beiden nächsten Seiten zeigen die Ausdrucke des von Dr. Scheibner entwickelten Gerätes. Es ist klar erkennbar, dass die Kinder vor den Impfungen ruhig und gleichmässig geatmet haben, dann allerdings plötzlich Atemaussetzer auftraten. Mit „Tag 0“ ist in der Abbildung der Tag der Impfung gemeint. Ab

**Bild 21**

Beide Babys atmen vor den DTP-Impfungen (Diphtherie-Pertussis-Tetanus) ruhig

diesem Tag ist bei allen Aufzeichnungen eine erhöhte Zahl an Atemaussetzern zu verzeichnen, die ihren Höhepunkt um den zweiten und dritten sowie nochmals um den sechsten und siebten Tag nach der Impfung hat. Sogar mehr als 17 Tage nach der Impfung gibt es immer noch stress bedingte Ausschläge, die von den Impfungen herrühren.

Frau Scheibner schreibt im Vorwort ihres Buches „Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod“: „Bei diesen Untersuchungen begegneten wir heftigem Widerstand, den Wert dieser For-

**Bild 22**

Hohe stressbedingte Ausschläge nach DTP-Impfungen treten weit länger auf als 48 Stunden oder 7 Tage.

schungen anzuerkennen. Aber gerade dieser Widerstand war uns der beste und wirksamste Ansporn, weiterzumachen. Daher möchte ich an dieser Stelle allen Kinderärzten und Angehörigen von Heilberufen, die unsere Bestrebungen behinderten oder beeinträchtigten, die

uns anhörten, uns aber nicht zuhörten und gegen die stummen Mörder unserer Babys keine Stellung beziehen wollten, meinen Dank aussprechen.“⁷⁸

Was uns vor allem einen wichtigen Hinweis auf den Zusammenhang zwischen dem plötzlichen Kindstod und den Impfungen gibt, sind zwei Punkte:

In allen Ländern treten die SIDS-Fälle immer in der Altersgruppe von Säuglingen auf, in der mit dem Impfen begonnen wird. Da in den verschiedenen Ländern die Kinder zu verschiedenen Zeitpunkten geimpft werden, entsteht hier ein nicht zu leugnender Hinweis.

In Tennessee (USA) wurde von der CDC eine Studie durchgeführt, da 200 Säuglinge innerhalb von 24 Stunden nach der DPT-Impfung gestorben waren. Von 145 Eltern wurden Protokolle aufgenommen. Das Ergebnis ergab folgendes:

Von den 145 Kindern waren 53 in folgendem Abstand zur Impfung verstorben:

51 Prozent vier Stunden nach der Impfung

32 Prozent innerhalb einer Woche nach der Impfung

11 Prozent innerhalb eines Tages nach der Impfung⁷⁹

Studien belegen, dass der plötzliche Kindstod sowohl nach Impfungen mit Ganzkeimimpfstoff als auch mit azullulärem Impfstoff verschwand, sobald die Impfungen erst nach dem Alter von 24 Monaten erfolgten.⁸⁰

Ein Ärzteam vom Royal Hospital for Children in Bristol hatte eine Untersuchung an 470'000 Kindern vorgenommen, von denen jedes tausendste plötzlich und unerwartet im ersten Lebensjahr starb. Bei 363 Kindern fanden sie keine schlüssige Erklärung für den Tod. Ihr Fazit der Studie: Dass viele Säuglinge kurz nach Impfungen sterben, ist Zufall!⁸¹

Nebenwirkungen der Pertussisimpfung

Gegen Keuchhusten wird im deutschsprachigen Raum eine erste Impfung ab dem zweiten bzw. dritten Lebensmonat empfohlen. Je nach Land erhält ein Kind drei bis fünf Impfungen bis zum Schuleintritt. Als Reaktion auf die Keuchhustenimpfung können örtliche Reaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerz, allgemeines Un-

Wohlsein, Benommenheit, Interesselosigkeit, Fieber, Zuckungen und Krämpfe auftreten. In den USA kam 1992 eine Studie zu dem Ergebnis, dass eine hohe Häufigkeit von Schläfrigkeit und Reizbarkeit nach der azellulären Impfung bestehe. Ausserdem wird in der medizinischen Literatur über allergische Reaktionen, Blutplättchenmangel, Lymphknotenschwellungen, Nervenschädigungen, Krampfanfällen, Gefühlsstörungen, Lähmungen, Gehirnhaut- und Gehirnentzündungen, Todesfällen und plötzlichen Kindstod berichtet. Man stellt eine höhere als zu erwartende Rate von ungewöhnlich „schrillem Schreien“ fest. Schrilles Schreien ist das typische Zeichen bei frühkindlichen zentralnervösen Störungen und kommt häufig bei einer Gehirnentzündung vor. Was die Häufigkeit von Krampfanfällen betrifft, so sind diese nach einer Studie aus dem Jahr 1997 immerhin noch 1:16'000, obwohl der azelluläre Impfstoff ja angeblich viel sicherer ist⁸². Schockartige Zustände und fehlende Ansprechbarkeit der Kinder werden ebenfalls⁸³, sowie auch schwere allergische Reaktionen nach dem neuen Impfstoff bereits berichtet, wie z.B. Nesselfieber, das besonders häufig nach dem azellulären Impfstoff auftritt. In einer neuseeländischen Untersuchung entwickelte mehr als jedes vierte Kind eine allergische Erkrankung.

In einer Studie wurde festgestellt, dass Asthma bei gegen Keuchhusten geimpften Kindern fünfmal häufiger vorkommt⁸⁴. Andere Forscher bestätigen diese Ergebnisse.⁸⁵ Interessant in diesem Zusammenhang dürfte wohl sein, dass die Wissenschaftler uns einerseits von der Harmlosigkeit dieses Impfstoffes überzeugen wollen, andererseits aber seit mehr als 20 Jahren mit dem Keuchhustenimpfstoff Tiere impfen, um Allergien auszulösen. Ausserdem werden bei Tieren anaphylaktische Schocks provoziert und eine allergische Enzephalitis ausgelöst.⁸⁶

Bei uns wurde der Keuchhustenimpfstoff anfangs der fünfziger Jahre eingeführt. Die Amerikaner waren uns auch hier wieder einen Schritt voraus und hatten bereits in den dreissiger Jahren die ersten Erfahrungen damit gemacht, nicht die besten allerdings. Denn Mad-sen schrieb bereits 1933, dass viele seiner Kollegen nach der Impfung eine beträchtliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt hätten⁸⁷. Mehrere Autoren kamen schon 1950 zu dem Schluss,

dass man auf Impfungen gänzlich verzichten sollte, wenn ungünstige Reaktionen auf eine Impfung stattgefunden oder sich schon früher neurologische Symptome gezeigt hätten, da bereits zu diesem Zeitpunkt schwere neurologische Komplikationen nach der Keuchhustenimpfung in der medizinischen Literatur beschrieben worden waren. Eine Forderung, der man auch noch heute Nachdruck verleihen muss. Denn wie viele Eltern kennen nicht die Situation, dass der impfende Arzt trotz nachdrücklichsten Schilderungen von Reaktionen auf vorangegangenen Impfungen, auf der Fortsetzung des Impfprogramms beharrt.

Im Jahr 1955 stellte man in den USA bei einer Untersuchung von 83 gegen Keuchhusten geimpften Kindern fest, dass bei nur drei Kindern nach der Impfung die Aufzeichnungen bei Elektroenzephalogrammen normale Befunde zeigten.⁸⁸ In England wurde die Keuchhustenimpfung 1957 eingeführt, aber vorher, d.h. bereits Mitte der fünfziger Jahre ging das Verhältnis zwischen Todesfällen und Erkrankungen um das zehnfache zurück. Als es 1975 zu einer sinkenden Impfbereitschaft kam, war die Folge nicht etwa eine Epidemie, sondern man stellte sogar fest, dass - so, wie einige Jahre später auch in Schweden - die Häufigkeit in der Gruppe bis zu einem Jahr alten Kindern drastisch sank. Die Impfung hatte offensichtlich die Krankheit genau den Kindern übertragen, die sie am meisten schützen sollte.⁸⁹ Es erkrankten in der Folge nur die älteren Kinder, bei denen die Immunisierungsrate 94 Prozent betrug,⁹⁰ also genau die Zahl, bei der unsere Behörden und Ärzte nicht müde werden zu versichern, dass bei einer Impfrate von über 94 bis 95 Prozent die Krankheit als ausgerottet anzusehen sei. Die Häufigkeit von Keuchhusten und Krankenhausaufenthalte begannen nach der sinkenden Impfbereitschaft ebenfalls drastisch nachzulassen und hielten ununterbrochen zwei Jahre lang an.

In Deutschland wurden zwischen 1970 und 1978, also in nur acht Jahren, 101 Dauerschäden und neun Todesfälle nach der Keuchhustenimpfung als Impfschäden offiziell anerkannt.⁹¹ Nach dem neuen azellulären Impfstoff sind 1993 folgende Reaktionen an das PEI gemeldet worden: 12 mal unstillbares schrilles Schreien, 21 allergische Reaktionen, fünf Thrombozytopenien, 4 Lymphknotenschwellungen,

34 Krampfanfälle, sieben Gefühlsstörungen/Lähmungen, fünf Gehirnhaut- oder Gehirnentzündungen, 12 Todesfälle, 21 plötzliche Kindstode.⁹² In der sogenannten Kieler Gruppe wurden nach 67'000 DPaT-Impfdosen 157 ernste Nebenwirkungen beschrieben. Das wäre eine Häufigkeit von 1:426. Die Autoren waren allerdings der Meinung, dass von diesen 157 Fällen nur 13 möglicherweise oder sicher dem Impfstoff anzulasten seien.⁹³ Angenommen, diese Angaben würden stimmen, dann kämen trotzdem bei der Durchimpfung eines ganzen Jahrganges mit je vier Dosen Impfstoff in Deutschland jährlich allein mehr als 600 erste Nebenwirkungen zustande.⁹⁴

Von vielen Eltern, vor allem aber auch Ärzten kommen Hinweise auf wochenlang anhaltenden trockenen, teils sogar keuchhustenähnlichen Husten. Schrilles, unstillbares Schreien, in der medizinischen Literatur als „cri enzéphalique“ bekannt, tritt nach einer von 500 Pertussisimpfungen auf.⁹⁵ HHE (hypotone hyporesponsive Episoden) treten oftmals innerhalb von 48 Stunden nach der DPT-Impfung auf, und sind als Vorstufe zum plötzlichen Kindstod zu nennen. Die Kinder haben eine verminderte Ansprechbarkeit, eine schlaffe Muskulatur und entweder eine blasser oder bläuliche Verfärbung der Haut. Nach einer kanadischen Studie tritt HHE nur viermal seltener nach der azellulären Impfung im Vergleich zur Ganzzellimpfung auf.⁹⁶ In den USA wird eine Gehirnentzündung, die innerhalb von drei Tagen nach einer azellulären Keuchhustenimpfung auftrat, als Impfschaden anerkannt.⁹⁷

In einer Studie mit dem azellulären Pertussisimpfstoff traten unter anderem zwei folgenschwere Schäden auf: Ein Mädchen hatte zwei Dosen Pertussisimpfstoff erhalten und schrie sieben Stunden unaufhörlich nach der zweiten Dosis. Danach schlief sie ein. Am kommenden Morgen fanden die Eltern das Kind blass, hypotonisch und nicht ansprechbar. Ein Junge war sehr müde nach der dritten Impfung und verweigerte die Nahrung. Die Eltern brachten ihn ins Spital wo die Symptome die folgenden vier Tage anhielten. Die Untersuchungen fanden keinerlei Zeichen einer Infektion oder Verminderung des Blutzuckers. Das Kind erholte sich wieder. Zwei EEG's zeigten pathologische Aktivitäten. Die Diagnose lautete auf Gehirnentzündung unbestimmter Herkunft.⁹⁸

In einer schwedischen Studie wurden 28'000 Kinder mit dem azellulären Keuchhustenimpfstoff geimpft. Vier der Kinder starben innerhalb von zwei Wochen bis fünf Monaten nach der Impfung. Ein zehn Monate altes gesundes Mädchen erkrankte an einer Meningitis neun Tage nach der zweiten Dosis Impfstoff. Fünf Tage später verstarb sie. Die Autopsie ergab einen Hirnschaden. Ein 15 Monate alter Junge schrie zehn Wochen nach seiner zweiten Impfung die ganze Nacht und bekam um vier Uhr morgens Krampfanfälle. Fünf Stunden später fanden die Eltern ihn tot in seinem Bett. Ein drittes Kind starb an einer Meningitis fünf Monate nach der zweiten Dosis Pertussissimpfstoff. Das vierte Kind, ein 12 Monate altes Mädchen, wurde tot im Bett einen Monat nach der Impfung aufgefunden.⁹⁹

Im amerikanischen Ärztehandbuch sind folgende Nebenwirkungen nach der Keuchhustenimpfung aufgelistet: Anaphylaktischer Schock, Tod, Krämpfe, Atemschwierigkeiten, Nesselsucht, Kindliche Spasmen, Enzephalopathie, Nervenerkrankungen, Ausschläge, Guillain-Barre-Syndrom, niedriger Blutdruck, Schwellung der Fontanelen.¹⁰⁰ Kinder mit Krampfleiden in der Familienanamnese haben ein neunmal höheres Risiko, mit Krämpfen auf eine DPT-Impfung zu reagieren.¹⁰¹ Poliofalle mit starken Lähmungen werden ebenfalls nach der Keuchhustenimpfung beschrieben. In einer Studie wurde gezeigt, dass Kinder die gegen DPAT geimpft sind, ein höheres Risiko haben, an Polio zu erkranken, als ungeimpfte Kinder¹⁰² Diese Tatsache ist nicht verwunderlich und wenn man weiß wodurch Polio ausgelöst wird, dann versteht man auch die Zusammenhänge. Für Polio sind Gifte verantwortlich. Bei der Keuchhustenimpfung aber handelt es sich um die Gifte des Keuchhustenbakteriums, die in den Organismus gelangen. Wie sehr man selbst in Herstellerkreisen die starken Nebenwirkungen dieser Impfung Ernst nimmt, zeigt der Beipackzettel von Boostrix, einem Impfstoff von GlaxoSmithKline gegen DTPA. Unter der Rubrik Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen steht, dass wenn eines der folgenden Ereignisse nach der Gabe eines Impfstoffes mit Pertussiskomponente auftritt, eine weitere Impfung „sorgfältig abzuwägen“ sei:

Temperaturerhöhung 48 Stunden nach der Impfung auf 40 °C oder mehr ohne andere erkennbare Ursache,

Kollaps oder schockähnlicher Zustand (HHE) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung,
 anhaltendes nicht zu beruhigendes Schreien über drei Stunden oder mehr innerhalb 48 Stunden nach der Impfung,
 Krampfanfälle mit oder ohne Fieber innerhalb von drei Tagen nach der Impfung.

Diese Hinweise sprechen eine mehr als deutliche Sprache und ersetzen jede beschönigenden Worte.

Das RKI gibt in seinem Ratgeber von U. Kunde, wie man die Argumente der Impfgegner entkräften kann an, dass es auf hundert Keuchhustenerkrankte einen Hirnschaden geben würde. Dass diese Zahl nicht stimmt, erkennt selbst der Laie leicht. Nach US-amerikanischen Statistiken gilt diese Häufigkeit nur für die Enzephalopathie in den ersten beiden Lebensmonaten. Damit ist aber über Folgeschäden noch nichts ausgesagt.

Zukunftsaußichten

Dass die Pertussisimpfung gefährlich ist, dürfte inzwischen trotz beruhigender Worte der Impfbefürworter bekannt sein. Deswegen wird die Produktion veränderter Impfstoffe ins Auge gefasst. Seit sechs Jahren ist man an der Entwicklung einer sogenannten Nasensprayimpfung gegen Pertussis. Wissenschaftler der University of Southern Queensland in Australien unter der Leitung von Prof. T. K. Mukkur melden bereits erste Fortschritte. Damit sollte in Zukunft die Impfung durch einen Spraystoss oder aber einen Tropfen in die Nase der Kinder möglich sein. Nach ihren Worten habe diese Impfung „sehr, sehr, sehr minimale Nebenwirkungen“.¹⁰³ Was eine Nasensprayimpfung bewirken kann, haben wir bei der Grippeimpfung gesehen (siehe Kapitel Grippe). Diese neue Keuchhustensprayimpfung wird mit Sicherheit noch größere Schäden anrichten, da sie hirnaktiv ist und die Pertussistoxine mit dem Spray direkt durch die Nasenwand in das Gehirn gelangen können.

Dass unsere Wissenschaftler oftmals nicht wissen was sie tun, bzw. der normal gesunde Menschenverstand vielen von ihnen abhanden gekommen zu sein scheint, bestätigt eine Meldung aus Afghanistan. Im Herbst 2002 sind Dutzende von Kindern dort an einer Keuch-

hustenepidemie verstorben. Alle Kinder seien unter 12 Jahre alt gewesen und hätten typische Keuchhustensymptome aufgewiesen. Eine Sprecherin der WHO sagte, es könne jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die Kinder an Diphtherie erkrankt wären.¹⁰⁴ Es ist traurig und bestürzend zugleich, wenn eine Weltgesundheitsorganisation Keuchhusten von Diphtherie nicht unterscheiden kann. Vielleicht sollte man dem Team der WHO einige Grossmütter zufügen. Sie würden mit Sicherheit die richtige Diagnose stellen.

¹ Holmes WH, Bacillary and Rickettsial Infect., New York, Macmillan, 1940

² Hardy A., Whooping Cough, in Kiple KF, The Cambridge World History of Human Disease, New York, 1993

³ Kloos WE et al, Int J Syst Bacteriol, 31:173-176, 1981

⁴ Hardy A., Whooping Cough, in Kiple KF, The Cambridge World History of Human Disease, New York, 1993

⁵ O'Shea T, The Sanctity of Human Blood, North Woods, 7. Auflage, 2003

⁶ Stewart G., Lancet, Jan 1997

⁷ Murphy J. What every Parent should know about Childhood Immunisation, Boston 1993

⁸ Glöckler M., Goebel W., Kindersprechstunde, Urachhaus, 13. Auflage 1998

⁹ Goebel W., Schutzimpfungen selbst verantwortet, aethera, 2002

¹⁰ Sitzmann FC et al, Impfungen aktuelle Empfehlungen, Hans Marseille München 1998

¹¹ Bulletin Syndical de la Pharmacie 1968, in Delarue, Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 1997

¹² Dublin L., Health Progress 1935-1945, Metropolitan Life Insurance Company, 1948, Seite 12

¹³ Feer E., Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart, 1930

¹⁴ Hahn et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Springer, 4.Aufl, 2001

¹⁵ Graf F., Homöopathie und Gesunderhaltung von Kindern und Jugendlichen, Sprangsrade Verlag, 2003

¹⁶ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed

¹⁷ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed

¹⁸ Spiess H., Impfkompendium, Thieme, 5. Aufl, 1999

¹⁹ Tagesanzeiger, 10.10.1997

²⁰ Loo IH v., et al, J Infect Dis 1999, 179(4): 915-923

²¹ WHO, Update Communication Diseases Report, 1997, 1-4

²² Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung, ein Schuss ins Dunkle, Barthel 1996

²³ Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung, ein Schuss ins Dunkle, Barthel 1996

²⁴ Goodwin J, Vaccine? It's a question that the tearing families apart, Redbook, 2000

- Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung, ein Schuss ins Dunkle, Barthel 1996
- ²⁶ Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung, ein Schuss ins Dunkle, Barthel 1996
- ²⁷ McFarlan AM et al, BMJ, 1:205-208, 1945
- ²⁸ Wilson AT et al, BMH 2:623-626, 1965
- ²⁹ Hinman AR et al, JAMA 251:3109-3113, 1984
- ³⁰ Miller DL et al, Epidemiol Rev 4:1 -24, 1982
- ³¹ Goodwin J, Vaccine? It's a question that the tearing families apart, Redbook, 2000
- ³² Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ³³ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ³⁴ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ³⁵ Pediatrics 68: 650-660, 1981
- ³⁶ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press, 3rd Ed., 1999
- ³⁷ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ³⁸ Spiess H., Impfkompendium, Thieme, 5. Aufl, 1999
- ³⁹ Wiersbitzky S., et al, Monatsschr Kinderheilkd 1996, 144: 159-166
- ⁴⁰ Gilberg S., I Inf Dis 2002, vol 186, 415-418
- ⁴¹ Schmitt HJ, et al, JAMA 1996, vol 275 (1): 37-41
- ⁴² Jilg W., Schutzimpfungen, ecomed 1996
- ⁴³ Cherry JD, Pediatrics 1998, Oct; 102 (4PT1): 909-12
- ⁴⁴ Klein, Impfen, Routine oder Individualisation, Bern 1999
- ⁴⁵ Lugauer S., et al, Ki Pra 1999, 442
- ⁴⁶ Härtung K, Der Kinderarzt 1982, 12: 1847-9
- ⁴⁷ Vaccine Bulletin, Febr. 1987, p.1 1
- ⁴⁸ Christie DC et al, NEJM July 7, 1994, 16-20
- ⁴⁹ Epidemiologisches Bulletin RKI, 43/2001, 26.10.2001
- ⁵⁰ Hahn, et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Springer 4. Aufl., 2001
- ⁵¹ Der Mediziner, 9/2001 sowie 10/2001
- ⁵² Klein P. et al, Impfen Routine oder Individualisation, 1999
- ⁵³ Delarue S., Impfschutz oder Lüge, Hirthammer 1993
- ⁵⁴ Ntezayabo B et al, Quebec Ministry of Health and Social Services, Jan. 2003
- ⁵⁵ Pädiatrie & Pädologie, 4/2001
- ⁵⁶ Epidemiologisches Bulletin, RKI, 45/2000, 10.11.2000
Heininger U., Impftelegramm, Pasteur Merieux, 2000, 1
- ⁵⁸ Epidemiologisches Bulletin, RKI, 45/2000, 10.11.2000
- ⁵⁹ Stickl et al, Monatsschr Kinderheilkd, 132, 1984, S. 493
- ⁶⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2000
- ⁶¹ Trollfors B et al, BMJ, 283: 696-697, 1981
- ⁶² Taranger J, 1982, Lancet 12.6., 1360
- ⁶³ Trollfors B., Acta Paediatr Scand; 73:417-425
- ⁶⁴ Storsaeter J et al, Ped Inf Dis J: 7(9): 637-645, 1988
- ⁶⁵ Anonymus 1998, Lancet, 14.1:114
- ⁶⁶ Sato Y et al, Lancet, 1: 122-126, 1984
- ⁶⁷ Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung ein Schuss ins Dunkle, Barthel, 1996
- ⁶⁸ Noble GR et al, JAMA, 1987; 257: 1351-1356
- ⁶⁹ Aoyama T et al, Pediatr 109: 925-930, 1986
- ⁷⁰ Aoyama T., Am J Dis Child, 142: 40-42, 1988

- ⁷¹ Michaelis RH, 1971, NEJM; 285(12): 666-667
- ⁷² Cartwright KAV et al, Lancet, 2: 558-561
- ⁷³ Smith EWS et al, Pediatrics; 50 (5): 723-727
- ⁷⁴ Davidson M et al, Am J Dis Child; 145: 750-754
- ⁷⁵ Odent M., et al, JAMA, 1994; 272/8: 592-593
- ⁷⁶ Coulter H., Fisher BL, Dreifachimpfung ein Schuss ins Dunkle, Barthel, 1996
- ⁷⁷ Torch WC, Neurology; 32 (4):A169 (abstract)
- ⁸ Scheibner V, Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000, München
- ⁷⁹ BaraffL, Pediatric Inf Dis 2; 1:7, Jan. 1983
- ⁸⁰ Cherry JD, Pediatrics (suppl.): 939-984, 1988
- ⁸¹ BMJ 2001,Band 322, S. 822, im Tagesanzeiger vom 11.4.2001
- ⁸² Überall MA, Dev Biol Stand 1997; 89:83-9
- ⁸³ Sakaguchi M, Vaccine 1998, Jul, 16(11-12): 1138-40
- ⁸⁴ Odent M., JAMA 1994, 272(8): 592-592
- ⁸⁵ Kemp T et al, Epidemiology, November 1997, 678-680
- ⁸⁶ Cherry et al, Pediatrics, 81:6, pt2 (Juni 1988), p 943
- ⁸⁷ Madsen T, 1933. JAMA, 101(3): 187-188
Low 1955, in Scheibner V, Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000, München
- ⁸⁸ Scheibner V, Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer 2000, München
- ⁹⁰ Ditchburn RK, 1979, BMJ, 1:1601-1603
- ⁹¹ Ehrengut W., Padiatr Prax 1986, 32(4): 674-676
- ⁹² Impfreaktionen, Impfkonplikationen, D W , Kilian Verlag 1995
- ⁹³ Weigl JA et al, Am Acad Med Singapore, 1997, 26(3): 320-325
- ⁹⁴ Hirte M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001
- ⁹⁵ Überall MA et al, Dev Biol Stand 1997, 89: 83-89
- ⁹⁶ Scheifele DE, 37 Annual Meeting of the Infections Diseases Society of America; Nov. 18-21, 1999, Session 36, Abstract 31
- ⁹⁷ HRSA, Vaccine Injury Table, March 24, 1997
- ⁹⁸ Blemow M et al, Pediatrics 1989, 84: 62-67
- ⁹⁹ Storsaeter J et al, Pediatric Infec Dis J 1988, 7: 637-645
- ¹⁰⁰ Physicians Desk Reference, 2003, Medical Economics
- ¹⁰¹ CDC, MMWR, 1987, 36: p 281
- ¹⁰² Sutter RW, et al, Journal of Inf Dis 1992, 165: 444-449
- ¹⁰³ ABC News, 19.2.2003
- ¹⁰⁴ NZZ 1.11.2002

Pneumokokken

Eine Impfung die keiner will und die noch weniger benötigen

Die Gesundheitsbehörden möchten eine hohe Durchimpfungsrate erreichen, viele Ärzte sind strikt dagegen und die meisten Patienten kennen sie nicht. Die Rede ist von der Pneumokokkenimpfung. Pneumokokken gelten im Sprachgebrauch unserer Mediziner als Mitverursacher von Lungenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Blutvergiftungen, usw. Doch niemand klärt die Patienten auf, dass es Hunderte von Ursachen gibt, die die gleichen eitrigen Entzündungen auch ohne Pneumokokken hervorrufen. Ausserdem gibt es bisher keine einzige seriöse Studie, die den Nutzen und die Wirksamkeit dieser Impfung belegt.

Pneumokokken und ihre Folgen

Im Jahr 1881 entdeckten unabhängig voneinander George Miller Sternberg und Louis Pasteur erstmals die Pneumokokken. Isoliert wurden sie 1885 von L. Fränkel. 1911 wurde ein Ganzzellimpfstoff von Wright entwickelt und 1930 von Francis und Tillet der erste Polysaccharidimpfstoff. 1928 entdeckte Fred Griffith, dass abgetötete bekapselte Erreger, wenn sie zusammen mit lebenden unbekapselten Erregern in Mäuse injiziert werden, den unbekapselten die Fähigkeit zur Kapselbildung übertragen werden. Er nannte diesen Vorgang Transformation. 1944 identifizierten O. T. Avery, C.M. MacLeod und M. McCarty das transformierende Prinzip der DNS. Die Entdeckung dieser drei Forscher war der Beginn der Molekulargenetik. Als das Penicillin 1928 eingeführt wurde, verlor die Impfung gegen Pneumokokken wieder ihre Bedeutung. 1964 machten R. Austrian und J. Gold auf die Todesfälle durch Pneumokokken-Infektionen aufmerksam. Daraufhin erfolgte 1977 in den USA der erste 14-valente Polysaccharidimpfstoff und 1984 der bis heute gebräuchliche 23-valente Polysaccharidimpfstoff.

Pneumokokken sind Bakterien der Spezies *Streptococcus*. Früher nannte man sie *Diplococcus pneumoniae*. Sie unterscheiden sich von anderen Streptokokken durch ihr Aussehen - sie sind paarweise zusammen = Diplokokken - , durch ihre Zusammensetzung des C-

Polysaccharids in der Wand sowie durch ihre Empfindlichkeit gegen Galle. Sie sind ausserdem betahämolsierend, d.h. es bilden sich meist relativ grosse durchsichtige Höfe um die Bakterienkolonien. Jeweils zwei Pneumokokken werden von einer Kapsel umhüllt. Das Material dieser Kapsel besteht aus Zuckermolekülen und es schützt die Bakterien vor den angreifenden Fresszellen, zu denen auch die weissen Blutkörperchen gehören.

Aufgrund des unterschiedlichen Kapseltyps werden mehr als 90 Serotypen unterschieden. Nach der amerikanischen Bezeichnung werden die Serotypen in der Reihenfolge ihrer Entdeckung als Krankheitserreger aufgelistet, weswegen auch die niedrigeren Nummern auf die häufigeren Krankheitserreger fallen. Nach dem dänischen System sind die Typen mehr nach der antigenen Verwandtschaft geordnet. Wegen seiner besseren Übersichtlichkeit hat sich das dänische System in der Medizin durchgesetzt. Die Unterteilungen der Typen werden durch grosse Buchstaben, unterschiedliche Antigenfaktoren durch kleine Buchstaben angezeigt (z.B. 19A, 19B, 19C). Die Häufigkeit der einzelnen Typen variiert von Jahr zu Jahr, von Ort zu Ort und mit dem Alter. In manchen Ländern gibt es Stämme, die anderswo nicht vorkommen.¹ Pneumokokken sind typische Eitererreger und sie sind in der Lage, Lobärnpneumonien (Lungenentzündung nur einen Lappen betreffend), Bronchopneumonie, Meningitis (Gehirnhautentzündung), Sepsis (Blutvergiftung) sowie eitrige Infektionen im Hals-Nasen-Ohrenbereich und am Auge zu erzeugen. Die Kolonien von bekapselten Stämmen weisen einen schleimigen Glanz auf, weswegen sie auch als S-Formen (von smooth = glatt) bezeichnet werden. Unbekapselte Stämme sind ohne diesen Glanz. Sie wirken unter dem Mikroskop wie aufgeraut. Deshalb bezeichnet man sie auch als R-Formen (rough = rau). Nur S-Formen sind virulent, d.h. nur sie sind den Menschen gefährlich. Pneumokokken sind sehr empfindlich gegen Kälte, saure und alkalische pH-Werte sowie Austrocknung. Sie kommen beim Menschen, Affen, Ratten und Meerschweinchen vor.

Bei 40 bis 70 Prozent aller gesunden Menschen sind Pneumokokken in den oberen Atemwegen nachweisbar. Dass heisst, die meisten Menschen sind gesunde Keimträger. Diese Stämme sind in der Regel

jedoch unbekapselt, d.h. sie sind nicht in der Lage, eine Krankheit bei uns auszulösen. Pneumokokken sind also keine sogenannten obligat pathogenen Keime und sie führen erst dann zu einer Krankheit, wenn eine Änderung der Wirtsfaktoren eintritt. Erst wenn Störungen der lokalen und systemischen Abwehrmechanismen eintreten, kann es zu einer Krankheit kommen. Solche Störungen können z.B. an den Schleimhäuten bestehen, Defekte der humoralen Immunabwehr, ein Fehlen der Milz oder eine Nierenschädigung sein. Kinder unter fünf Jahren können durch die Pneumokokken an einer Gehirnhautentzündung, Blutvergiftung oder Mittelohrentzündung erkranken.

Eine Lungenentzündung beginnt in der Regel mit hohem Fieber, Schüttelfrost, trockenem Reizhusten und stechenden Schmerzen im Brustraum. Wir dürfen an dieser Stelle nicht vergessen, dass Lungenentzündung von Hunderten verschiedener Bakterien und Viren erzeugt werden kann und die Infektion mit Pneumokokken eine von vielen ist. Selbst in Medizinerkreisen gibt man zu, dass die Pneumokokken-Pneumonie, also die Lungenentzündung verursacht durch Pneumokokken, mittlerweile durch Antibiotika sehr gut bewältigt wird.²

Epidemien von Pneumokokken kann es nicht geben, weil die meisten Gesunden Träger sind und die Abwehrlage gesunder Menschen gegen Pneumokokken sehr hoch ist, d.h. ein gesunder Mensch kann nicht erkranken. Die einzigen Epidemien sind als sogenannte nosokomiale Infektionen bekannt.³ Nosokomiale Infektionen sind Krankheiten, die man sich im Spital aufgelesen hat. Da grundsätzlich im Spital kranke, bzw. abwehrgeschwächte Menschen sind, sind sie anfälliger für solche Infektionen. Die Pneumokokkeninfektion wird selten von Mensch zu Mensch übertragen sondern es handelt sich um endogene Infektionen, d.h. sie sind im Körper selber entstanden. Wie der Erreger vom Nasen-Rachen-Raum in tieferliegende Regionen wie die Paukenhöhle, Nasennebenhöhlen, Lunge oder in das Blut gelangt, ist der Medizin nicht bekannt!⁴ Pneumokokken vermehren sich sowohl mit als auch ohne Sauerstoff (aerob und anaerob). Eine Inkubationszeit gibt es in dem Sinne nicht, weil das Bakterium nur im geeigneten vorgeschädigten Milieu gefährlich werden kann. Das heißt, einem gesunden Menschen kann es nichts anhaben. So wie selbstver-

ständlich jedes andere Bakterium oder Virus ebenso. Eine Immunität entsteht nur gegen den Typ, den man durchgemacht hat. Exakte Daten über das Vorkommen von Pneumokokkeninfektionen liegen nicht vor, da 60 bis 80 Prozent aller Fälle nicht bakteriämisch sind.⁵ Bakteriämisch bedeutet, dass vorübergehend Bakterien im Blut nachweisbar sind, die jedoch weder in andere Organe ziehen noch sich vermehren. Die Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle im deutschsprachigen Raum sind also reine Schätzungen. So sollen allein in Deutschland etwa 10000 Menschen jährlich an einer Pneumokokkeninfektion sterben

Die Milz spielt bei der Vermeidung einer Pneumokokkeninfektion eine wichtige Rolle. Sie ist ein gut durchblutetes Organ, welche das Blut filtert. Besonders kapseltragende Bakterien werden von der Milz abgefangen und abgetötet. Die Schulmedizin empfiehlt Patienten mit Asplenie (Fehlen der Milz), Sichelzellenanämie sowie bei einer posttraumatischen Asplenie eine antibiotische Prophylaxe mit Penicillin. Unklar ist in Medizinkreisen, wie lange diese antibiotische Prophylaxe durchgeführt werden muss. Die Empfehlungen reichen von mindestens zwei Jahren bis lebenslang.⁶ Für keine der Empfehlungen gibt es ausreichende Belege in der Literatur, trotzdem werden die Patienten zu dieser Massnahme gedrängt⁷

Pneumokokkenerkrankungen und die Erregerverschiebung

Immer wieder warnen uns Forscher, vor allem Epidemiologen, vor der Ausrottung von verschiedenen Viren oder Bakterien. Auch die anthroposophischen Ärzte sehen darin eher einen Nachteil als einen Nutzen. In Finnland sind Haemophilus-Bakterien durch eine ehrgeizige Massenimpfkampagne Ende der achtziger Jahre verdrängt worden. Dafür treten seither zunehmend Infektionen durch Pneumokokken auf, welche um ein vielfaches gefährlicher sind.⁸ Dass die Haemophilus-Bakterien durch Impfungen verschwunden sind, heisst nicht, dass die Impfung eine Schutzwirkung hatte. Vielmehr hat sich das Milieu im Körper der Geimpften derart verändert, dass sie die Krankheit nicht mehr durchmachen können und der Erreger sich ein anderes Betätigungsgebiet aussucht. Die geimpften Menschen sind immunatisch geschwächt. Bereits 1996 warnte Prof. Stemberger vor ei-

ner solchen Erregerverschiebung auch bei uns in Mitteleuropa. Da wir ähnliche Verhältnisse, Sitten und Gebräuche haben, „durf mit Recht angenommen werden, dass wir uns auch in Österreich anstelle von Hib die Pneumokokken einhandeln werden“, so seine Meinung.⁹ Nach seinen Aussagen ist es in Finnland nach Einführung der Hib-Impfung zu einer spiegelbildlichen Zunahme von Pneumokokkeninfektionen gekommen. Bereits ist der Trend zu einer Erregerverschiebung auch in anderen Ländern gut sichtbar geworden. Laut einer Untersuchung aus Schweden haben ebenfalls nach Einführung der Hib-Impfung die Pneumokokkeninfektionen signifikant zugenommen.¹⁰

Diese Erregerverschiebung ist in der medizinischen Literatur bei vielen anderen Impfungen ebenfalls beschrieben worden. Als Beispiel sei hier nur kurz auf die Masernenzephalitis hingewiesen. In Bayern wurde festgestellt, dass zur gleichen Zeit, als die Enzephalitis zurückging, die Abnahme durch eine Zunahme von Windpocken- und Herpesenzephalitiden geradezu überholt wurde. Vor allem die Gehirnentzündungen „ungeklärter Ursache“ nahmen rapide zu.¹¹ Schlussendlich gab es in der Gesamtsumme also nicht weniger Gehirnentzündungen bei den Kindern, nur die Ursache war eine andere. Und welche Mutter fragt schon nach der Ursache, wenn ihr Kind krank ist. Für sie ist einzig und allein wichtig, dass ihr Kind gesund bleibt. Wenn man die Tendenz erkennt und auch bereits Belege hat, dass sie nicht nur eine Theorie ist, so wundert es doch sehr, dass unsere Gesundheitsbehörden sich nicht mit aller Gewalt gegen die Impfung stellen. In der Ärzteschaft herrscht ein anderes Bild. Wie dem Protokoll einer Sitzung des österreichischen Impfausschusses zu entnehmen ist, macht sich Unmut über die eigenen Kollegen breit. „Trotz intensiver Aufklärungsarbeit des Österreichischen Grünen Kreuzes für Vorsorgemedizin ist es bis heute nicht gelungen, bei der Bevölkerung und den behandelnden Ärzten eine ausreichende Bewusstseinsbildung im Hinblick auf die allgemeine Notwendigkeit von Pneumokokkenimpfungen zu induzieren“, heisst es im Protokoll.¹² Auch im restlichen deutschsprachigen Raum hält sich die Begeisterung der praktizierenden Ärzte für die Pneumokokkenimpfung in Grenzen. Nicht zuletzt wohl deswegen, weil im Gegensatz zu den anderen gängigen Impfungen über die Pneumokokkenimpfung alles andere als

Lobeshymnen in der medizinischen Fachliteratur zu lesen sind.

In einer Untersuchung in Südafrika kamen noch andere besorgnis-erregende Tatsachen ans Licht. Dort wurde berichtet, dass es bei den Geimpften zu einer Zunahme anderer, im Impfstoff nicht vorhandener Pneumokokkenstämme gekommen war.¹³ Man nimmt an, dass es durch Massenimpfungen zu einer Selektion, und damit verbunden zu einer Ausbreitung unempfindlicher Pneumokokkenstämme kommt.

1990 wurde die Hib-Impfung in den USA eingeführt. Genau ab diesem Zeitpunkt sind Pneumokokken die häufigste Ursache für Gehirn-entzündungen.¹⁴

Der Impfstoff gegen Pneumokokken

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist der erste Impfstoff gegen Pneumokokken fast 100 Jahre alt (1911). Damals handelte es sich um einen Ganzzellenimpfstoff. Die heute gebräuchlichen Impfstoffe sind in ihrer Zusammensetzung gänzlich anders als ihre Vorgänger. Wir unterscheiden heute zwischen Polysaccharid- und Konjugatimpfstoffen gegen Pneumokokken.

Eine Immunantwort kann nach den Aussagen der Immunologen sowohl durch Proteine (Eiweißstoffe) als auch durch Zuckerketten ausgelöst werden. Diese Zuckerstoffe befinden sich meist auf der Aussenhülle der Bakterien, man nennt sie auch Polysaccharidkapsel. Besonders bei Kindern unter zwei Jahren soll aber die Immunantwort gegen diese Zuckerverbindungen sehr schlecht sein, weil bei ihnen die B-zellabhängige Immunität noch nicht so stark ausgeprägt ist. Daher verkoppelt man diese Zuckerbausteine mit dafür geeigneten Eiweißstoffen. Dadurch soll dann eine Immunantwort angeregt werden. Als Proteinstoff werden meist Diphtherie- oder Tetanustoxoid oder Proteine der Meningitiserreger verwendet. Solche Impfstoffe bezeichnet man dann als Konjugatimpfstoffe. Aus diesem Grund wird bei uns die Impfung gegen Pneumokokken in den beiden ersten Lebensjahren mit einem konjugierten Impfstoff durchgeführt. Nach dem zweiten Lebensjahr erfolgt die Impfung mit einem nicht konjugierten Mehrfach-Impfstoff.

Die heutigen Polysaccharidimpfstoffe enthalten gereinigtes Kap-selantigen von den 17 bzw. 23 wichtigsten Typen der Pneumokok-

ken. Diese Kapselpolysaccharide werden separat gewonnen und nach der Reinigung in Mengen von je 50 µg/Stamm im Impfstoff zusammengefügt. Der heutige 23-valente Impfstoff enthält nur noch 25 µg pro Polysaccharid und Dosis. Als Lösungsmittel dienen 0,5 ml physiologische Kochsalzlösung unter Zusatz von 0,25 prozentiger Phenollösung zur Konservierung.

Der einzige momentan zugelassene 7-valente *Pneumokokken-Konjugatimpfstoff „Prevenar“* von Wyeth ist laut Angaben des Herstellers eine sterile Flüssigkeit von Sacchariden der Kapselantigene 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F. Jeder einzelne dieser sieben ist individuell an das Diphtherie-Protein CRM 197 konjugiert. Jeder Serotyp wurde in Soja-Peptin-Nährbrühe gezüchtet. Die einzelnen Polysaccharide sind durch zentrifugieren, ausfällen, ultrafiltrieren und Säulen-Chromatografie gereinigt worden. Danach werden die Polysaccharide chemisch aktiviert um Sacharide zu bilden, die dann direkt mit dem Proteinträger CRM 197 konjugiert werden, um wiederum Zuckerkonjugat zu bilden. CRM 197 ist laut Herstellerangaben eine nichtgiftige Variante des Diphtherietoxins, die aus dem Diphtheriebakterien-Stamm C7 isoliert wurde (beta 197), gewachsen in Casamino-Säure und einem Hefeextrakt-Medium. CRM 197 wurde durch Ultrafiltration, ausfällen von Amminosäure-Sulfaten und einer Ionenaustausch-Chromatografie gereinigt.

Prevenar enthält 2 µg von jedem Saccharid der sieben Serotypen, ca. 20 µg von CRM 197 Trägerprotein und 0,125 mg Aluminium per 0,5 ml Dosis als Aluminiumphosphat Adjuvans. Momentan wird eine Kombinationsimpfung bestehend aus Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Polio, Hib, Hepatitis B und Prevenar untersucht.¹⁵ Damit dürfte schon in Bälde der erste Siebenfachimpfstoff zur Verfügung stehen. Weder die Kinderärzte, geschweige denn die Eltern werden gefragt, ob ein Wunsch nach dieser Impfung besteht. Was geschehen wird, kennen wir aus Erfahrung, die Hib-Impfung ist ein gutes Beispiel dafür: Vor Einführung dieser Impfung haben nicht einmal alle Kinderärzte diese Krankheit gekannt, heute soll der Impfstoff anscheinend „Hunderte von Fällen jährlich“ verhindern. Mit den Pneumokokken in der Kombiimpfung ist ein ähnliches Szenario zu erwarten. Prevenar ist erstmals im Februar 2000 in den USA zugelassen wor-

den. Verabreicht kann er (laut Beipackzettel) an Kinder ab der vollen-
deten sechsten Lebenswoche bis zum vollendeten neunten Lebensjahr
werden.

Pnu-Immune, ein *23-polyvalenter Impfstoff* gegen Pneumokokken enthält von jedem der 23 Serotypen von *Streptococcus pneumoniae* je 25 µg gereinigte Kapselpolysaccharide. Enthalten sind 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, IIA, 12F, 14, 15B, 17A, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F und 33F. Als Konservierungsmittel ist 0,01 Prozent Thiomersal enthalten, der Hersteller ist Wyeth Lederle. Der Impfstoff Pneumo 23 von Aventis Pasteur ist derzeit (Stand Dezember 2003) der einzige Penumokokken-Impfstoff, der kein Thiomersal enthält. Die 23-valenten Impfstoffe sind ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr zugelassen. Kinder und Erwachsene erhalten die gleiche Dosis, 0,5 ml.

Noch vor wenigen Jahren wurde den Geimpften erfreut mitgeteilt, eine einzige Impfung „schütze“ lebenslang vor Pneumokokken. Diese Euphorie ist in der Zwischenzeit verklungen. Heute werden Auffrischimpfungen im Fünf-Jahres-Rhythmus empfohlen. Wobei ganz wichtig ist, dass diese Grenze nicht nach unten verschoben werden darf. Näheres dazu weiter unten.

Impfempfehlungen

In Deutschland wird die Impfung folgenden Risikopersonen empfohlen: Angeborene oder erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, wie z. B. Hypogammaglobulinämie, Komplementdefekte, anatomische oder funktionelle Asplenien, Sichelzellenanämie, Krankheiten der blutbildenden Organe, neoplastische Krankheiten, HIV-Infektion, nach Knochenmarktransplantation. Bei chronischen Krankheiten, wie z. B. Herz- Kreislaufkrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Diabetes oder andere Stoffwechsel-Krankheiten, Nierensuffizienz/nephrotisches Syndrom, Li- quorfistel, vor Organtransplantation und vor Beginn einer immun-suppressiven Therapie. Frühgeborene und Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (weniger als 2500 g) sowie Säuglinge und Kinder mit Gedeihstörungen oder neurologischen Krankheiten, wie z. B. Zerebralparesen oder Anfallsleiden.

In Österreich wird sie Risikogruppen sowie allen Personen ab 60 Jahren empfohlen. Seit 2003 sollen ebenfalls alle Kinder ab dem zweiten Lebensjahr mit einer erhöhten Gefährdung infolge Grundkrankheit geimpft werden.

In der Schweiz wird sie Risikopersonen empfohlen, ausserdem Kindern, die vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren wurden, bei denen das Geburtsgewicht unter 1500 g liegt, sowie Kandidaten für eine Cochlearimplantation (elektronisches, einoperiertes Hörgerät), Träger eines Cochlearimplantats oder Vorhandensein einer Missbildung der Schädelbasis. Diese Impfung ist in allen deutschsprachigen Ländern eine empfohlene, d.h. keine obligatorische Impfung.

Antibiotika-Resistenzen

Pneumokokkenerkrankungen lassen sich sehr gut antibiotisch behandeln. Bis vor wenigen Jahren noch reagierten die Bakterien auf einfaches Penicillin. Durch die bedenkenlose und viel zu häufige Anwendung von Antibiotika bei harmlosen Infektionen gibt es weltweit eine dramatische Zunahme von Resistenzen gegen diese Medikamente. Es gibt Länder, in denen die Penicillinresistenz bereits bei über 50 Prozent liegt, wie z. B. in Frankreich und Ungarn.¹⁶ Um hier Druck auf die Ärzte selber auszuüben werden Zahlen angegeben, die nicht nur jeder Grundlage entbehren, sondern gänzlich frei erfunden sind. So wird in medizinischen Zeitschriften immer wieder über die hohe Antibiotikaresistenz im deutschsprachigen Raum geschrieben. In Wirklichkeit allerdings sieht es so aus, dass weniger als vier Prozent - man geht sogar von nur 1 bis 3 Prozent aus - der Bevölkerung immun gegen Antibiotika sind.¹⁷ Prof. Spiess schreibt hierzu: „Mindestens 98 Prozent aller Pneumokokkenisolate sind auf Penicillin empfindlich“. ¹⁸ Bei einem derart geringen Teil an Resistenzen muss man keine Angst vor der Krankheit haben und sollte der Einführung einer Impfung mehr als skeptisch gegenüberstehen. Bisher wurde nur über den Einsatz von Antibiotika geredet. Es gibt jedoch in der Naturmedizin viele andere Methoden, bzw. Heilmittel, um die von Pneumokokken verursachten Krankheiten zu behandeln und zu heilen. Man denke hier nur an den unermesslichen Schatz, den die Homöopathie uns bietet.

Wirksamkeit des Pneumokokkenimpfstoffes

Es gibt mit Abstand keine andere Impfung die in Medizinerkreisen derart umstritten ist, wie die Pneumokokkenimpfung. Deshalb sind emsige Bemühungen der Gesundheitsbehörden angesagt, um diese Impfung unters Volk zu bringen. In Österreich ist es vor allem das Österreichische Grüne Kreuz unter ihrem Vorsitzenden Prof. Huber, der sich unermüdlich für diese Impfung einsetzt. Am liebsten möchte er die Impfung zeitgleich mit der Grippeimpfung an alle Bürger des Landes verteilen. In der Schweiz hat im März 2002 das Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern (ifik) im Auftrag des BAG die Funktion eines Nationalen Zentrums für Pneumokokken (NZPn) aufgenommen. Dort soll die Antibiotikaresistenz, die Wirksamkeit der Impfstoffe sowie eine mögliche Umverteilung der zirkulierenden Serotypen überwacht werden.¹⁹

Eine Schutzzwelle aber, bei der eine Antikörper-Konzentration vor der Krankheit schützt, ist bisher für keinen Kapseltyp bekannt.²⁰,²¹ Um so mehr verwundert es, dass man in diesem Fall eine beliebige Zahl annimmt und von einem „Schutz“ spricht. Eine Immunität soll dann vorliegen, wenn 4 bis 6 Wochen nach der Impfung gegen fünf von sieben getesteten Antigenen ein Antikörperanstieg über 1 µg/ml nachweisbar ist.²² Dabei ist hier wieder den Wissenschaftlern der grosse Irrtum mit den Antikörpern unterlaufen. Wenn Antikörper im Blut vorhanden sind und ihre Zahl auch beträchtlich sein mag, ist dies noch kein Indiz für einen Schutz gegen die betreffende Krankheit. Denn Antikörper sagen lediglich aus, dass der Organismus Kontakt mit der Mikrobe hatte, hier in dem Fall mit Pneumokokken, aber sie sagen rein gar nichts über einen allfälligen Schutz aus. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Tetanusimpfung, bei der bewiesen ist, dass ein hoher Titer keineswegs automatisch gegen Tetanus schützt. Die Wirksamkeit der Pneumokokkenimpfung wird deswegen auch allenthalben in Ärztekreisen massiv angezweifelt. Hier einige Beispiele: „Für bestimmte Volksgruppen wie Eingeborene von Alaska und amerikanische Indianer ist die Wirksamkeit nicht bewiesen, aber immerhin möglich (. . .) Für die meisten Erkrankungen oder Zustände ist die Wirksamkeit der Pneumokokkenimpfung nicht überzeugend bewiesen, aber immerhin möglich und

der potentielle Nutzen der Impfung rechtfertigt ihre Durchführung.²³ Entweder ist sie wirksam und hat einen Nutzen oder sie ist unwirksam und hat keinen Nutzen! Hier sprachliche Spagate schaffen zu wollen, zeugt von einer nicht zu überbietenden Lächerlichkeit. Lienhard schreibt dazu: „Hingegen bietet die Impfung leider keinen zuverlässigen Schutz vor Lungenentzündungen ohne Blutvergiftung.“²⁴ Illing und Ledig raten ihren impfenden Kollegen: „Nutzen und Schutzwirkung sind nicht zweifelsfrei belegt. (. .) Nach neueren Untersuchungen fällt der schützende Antikörpertiter bereits im dritten Jahr stark ab, so dass Auffrischimpfungen schon nach drei Jahren trotz heftigerer Lokalreaktionen empfohlen werden. Bei noch früherer Auffrischimpfung äussert heftige Impfreaktion!“²⁵

In verschiedenen Doppelblindstudien wurde festgestellt, dass der Impfstoff Pneumovac 23 keinerlei Verminderungen von Lungenentzündungen oder Todesfällen bei 50 bis 85jährigen Patienten erbrachte.^{26,27} In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass nur 22 Prozent der 85jährigen drei Jahre nach der Impfung noch einen „Schutz“ hatten.²⁸ Ein Nutzen der Impfung für alte Menschen besteht demnach nicht.²⁹ In anderen Studien wiederum wurde eine völlige Unwirksamkeit nach der 23valenten Impfung festgestellt.^{30,31,32} In einer kleinen Studie in England am St. Georges Hospital Medial School in London erkrankten von 16 Geimpften 11 an Pneumokokken³³ Es handelte sich bei der Studie um den Impfstoff Pneumovax II von Aventis Pasteur MSD. Bei einer grossen amerikanischen Studie war der Rückgang der Antikörper nach der Pneumokokkenimpfung bereits ein Jahr nach der Impfung auf dem absoluten Tiefpunkt angekommen.³⁴ In dieser Studie wurde vor allem auf die Tatsache hingewiesen, dass man noch 1980 annahm, eine Impfung schütze lebenslang. Nun müsse man feststellen, dass besonders Hochrisikopatienten im eigentlichen Sinne keinen Schutz durch diese Impfung hätten.

Einen letzten „Todesstoss“ erhält diese Impfung durch einen Artikel im arznei-telegramm.³⁵ Entsprechende Nutzenbelege seien nirgends publiziert für die Impfung bei Frühgeborenen oder Kinder mit geringem Geburtsgewicht. Belege für einen Nutzen der Impfung im Sinne von Schutz vor invasiven Infektionen bei kranken Kindern seien ebenfalls nicht auffindbar, klagt der Autor. Nach Studien sei ledig-

lich für „junge gesunde Arbeiter in südafrikanischen Goldminen und Bewohner des Hochlandes von Papua Neuguinea ein Nutzen aufgezeigt.“ Junge, gesunde Menschen werden auch ohne Impfung nicht an Pneumokokken erkranken! Er bezweifelt aber mit Recht, dass diese Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können. Der Autor zitiert eine Studie aus Uganda an HIV-Patienten, bei denen die Gesamtzahl der Pneumonien unter den Geimpften signifikant zugenommen hat. Als möglichen Wirkmechanismus wird eine direkte Schädigung von B-Zellen durch die im Impfstoff enthaltenen Polysaccharide angenommen, also ein sogenannter generalisierbarer biologischer Effekt.³⁶ In einer retrospektiven US-amerikanischen Kohortenstudie mit 47'000 mindestens 65 Jahre alten Patienten wurde festgestellt, dass weder die Spitalaufnahme wegen Pneumonie noch die ambulant behandelten Pneumonien oder die Gesamtsterblichkeit durch die Impfung positiv beeinflusst wurden.³⁷ Der Autor im arztelegramm, Dr. Popert kommt zum Schluss, dass „eine Massenimpfung aller Säuglinge jeder Grundlage entbehrt. Die Datenlage spricht unseres Erachtens auch gegen die Impfung aller über 60jährigen. HIV-Infizierte werden durch die Polysaccharidimpfung möglicherweise sogar geschädigt.“³⁸

Eine neue Studie belegte, dass bei älteren Menschen ein gewisser Schutz durch die Impfung erreicht würde, jedoch kam es bei den Geimpften zu einem leichten Anstieg von Hospitalisierungen wegen Lungenentzündungen. Die Autoren verweisen darauf, dass „alternative Methoden“ zur Verhinderung von nicht durch Bakterien verursachte Lungenzündungen gefunden werden müssten, da diese bei älteren Menschen eine immer grösse Rolle spielen würden.³⁹ In den USA wurde dieser Impfstoff aufgrund einer hauseigenen Studie mittlerweile in die Grundimmunisierung aufgenommen.

Zu den Studien, die betreffend Wirksamkeit dieser Impfung gemacht wurden, sollte noch erwähnt werden dass es in keiner einzigen Studie ein echte, ungeimpfte Kontrollgruppe gab. Meist wurde die Kontrollgruppe gegen Meningokokken oder Hepatitis B geimpft⁴⁰ Eine gänzlich ungeimpfte Population ergibt andere Ergebnisse vor allem an den Nebenwirkungen als eine mit einem anderen Impfstoff geimpfte Kontrollgruppe. Doch diese Massnahme dient dazu, die tat-

sächlichen Studienergebnisse zu verschleiern. Bei der Zulassung von dem 7-valenten „Prevenar“ hat die US-amerikanische Studie den Impfstoff ebenfalls nicht allein, sondern nur in Kombination mit anderen Präparaten untersucht.⁴¹ Hier sind statistische Manipulationen vorprogrammiert. Bei Kleinkindern und älteren Kindern wurde die längerfristige Persistenz (Anwesenheit) von Antikörpern nach Abschluss der Impfung nicht untersucht.⁴²

Kein Schutz vor Mittelohrentzündungen

Älteren Menschen wird die Impfung empfohlen, weil sie angeblich Lungenentzündungen vorbeugt, und Säuglingen und Kleinkindern wird sie empfohlen, weil sie scheinbar Mittelohrentzündungen, verursacht durch Pneumokokken, verhindern soll. In Studien aus Finnland und Kalifornien wurde bei den gegen Pneumokokken Geimpften ein 34 prozentiger Anstieg von Mittelohrentzündungen durch nicht im Impfstoff enthaltene Serogruppen beobachtet.⁴³ Im Beipackzettel heisst es weiter: „Es konnte jedoch eine statistisch signifikante Reduktion (34 Prozent) der Inzidenz aller durch Pneumokokken verursachten AOM (Mittelohrentzündungen) erzielt werden.“ Den Autoren ist die zwingende Logik ihrer eigenen Untersuchung scheinbar nicht aufgefallen. Wenn man 34 Prozent Mittelohrentzündungen verhindert, gleichzeitig aber durch diese Massnahme 34 Prozent mehr Mittelohrenentzündungen durch andere Erreger verursacht hat, dann ist das am Ende das gleiche Ergebnis.

In einer Studie aus den Niederlanden unter der Leitung von R. Veenhoven wurden zwischen April 1998 und Januar 2001 383 Kinder geimpft. 190 dieser Kinder erhielten eine Pneumokokkenimpfung, die Kontrollgruppe erhielten entweder eine Hepatitis A oder Hepatitis A und B-Impfung. Als Ergebnis stellte sich heraus, dass bei der Untergruppe, die älter als 24 Monate war, die Mittelohrentzündungen nach der Pneumokokkenimpfung häufiger waren. Es wurden auch Nasen-Rachen-Abstriche abgenommen. Die durchschnittliche Anzahl der Pneumokokkenpopulation blieb trotz Impfung im Nasen-Rachen-Raum erhalten, es traten lediglich andere Symptome in Erscheinung. Auch eine zusätzliche Impfung mit einem 23-valenten Pneumokokkenstamm änderte die Besiedlungssituation nur unwesentlich.

Betreffend Keimbesiedelung fand sich in den beiden Gruppen von Geimpften und Ungeimpften kein Unterschied. In der Pneumokokkengruppe fand sich allerdings eine höhere Besiedelung mit Staphylococcus aureus.⁴⁴

In einer finnischen Studie wurde ebenfalls die Gesamtzahl der Mittelohrentzündungen nicht durch die Impfung reduziert.⁴⁵ Zwei andere Untersuchungen machten deutlich, dass zwar durch die Impfung mit Pneumovax 23 behandelte Kinder die Mittelohrentzündungen leicht seltener wurden, doch da für traten andere Erreger umso häufiger an ihre Stelle. Die Gesamtzahl der Mittelohrentzündungen blieb im Endeffekt dennoch gleich.^{46,47} Dies zeigt deutlich, wie bereits weiter oben belegt, dass es durch die Impfung zu einer Erregerverschiebung kommt.

Zu frühe Auffrischimpfungen sind gefährlich

Wie bereits erwähnt, wurde ganz zu Beginn der achtziger Jahre ein lebenslanger Schutz nach einer einmaligen Pneumokokkenimpfung proklamiert. In der Zwischenzeit ist dieser Optimismus merklich gewichen, da man feststellen musste, dass die Impfung nicht nur nicht lebenslang, sondern gar nicht schützt. So wird also besonders der älteren Generation gegenüber eine Wiederimpfung empfohlen. Aus der Praxis ist inzwischen aber ersichtlich, dass Wiederimpfungen zu einem allzu frühen Zeitpunkt gefährlich sind, da sie zu häufigen und starken Nebenwirkungen führen. Scheinbar sind noch bestehende Antikörper verantwortlich für die starke Reaktion. Prof. Schmitt formuliert es folgendermassen: „Die Nebenwirkungen korrelieren mit der Höhe des Antikörperspiegels. Trotzdem ist eine Titerbestimmung vor der Impfung nicht sinnvoll und nicht notwendig.“⁴⁸

Hier wird über den Patienten entschieden ohne ihn über die Gefahren aufzuklären. Falls ein Patient informiert wäre, würde er mit Sicherheit auf die Impfung verzichten. Um das zu verhindern, schweigt man sich lieber aus und impft ohne Aufklärung. Wenn ein Geimpfter schon bei der Erstimpfung eine stärkere Reaktion zeigt, so geht man davon aus, dass vermutlich eine frühere Infektion mit einem im Impfstoff enthaltenen Serotyp stattgefunden hat^{49,50}. Hier wird also zugegeben, dass Antikörper eine andere Rolle als einen blossen

Schutz im Körper spielen. Das Phänomen ist in der Schulmedizin längstens bekannt, man nennt es Arthus-Reaktion. Besonders ältere Menschen, die sich laut Impfempfehlungen alle fünf Jahre wiederimpfen lassen sollten, muss man auf diese Begebenheit aufmerksam machen.

Österreich: Ausser Spesen nichts gewesen

In Österreich laufen zur Zeit heisse Debatten über die Kosten der Pneumokokkenimpfung. Der österreichische Impfausschuss empfiehlt diese Impfung für alle Kinder. Für drei Impfdosen müssen heute ca. 246 Euro bezahlt werden.⁵¹ Nun möchte der Impfausschuss im Verbund mit dem Österreichischen Grünen Kreuz (ÖGK), dass die Kosten dieser Impfungen nicht von den Eltern selber, sondern vom Bund, bzw. den Ländern übernommen werden. Üblich bei empfohlenen Impfungen ist, dass der Bund 2/3 der Impfkosten trägt, 1/6 die Länder und 1/6 die Sozialversicherungen. Die Übernahme der Kosten in diesem Fall aber ist zu teuer. In grossen Lettern macht daher besonders das ÖGK Werbung für die Impfung. Wenn es sein muss, auch mit Argumenten, die nicht den Tatsachen entsprechen. „Ministerium nimmt wissentlich tote und behinderte Kinder in Kauf," ist eine Schlagzeile der Ärzte-Woche⁵² Unter anderem heisst es, dort: „Ärzte laufen für die flächendeckende Pneumokokkenimpfung von Kindern ab dem 2. Lebensmonat Sturm, doch das zuständige Ministerium kann sich das nicht leisten.“ Das klingt alles sehr dramatisch, doch dem Leser wird vorenthalten, dass diese sturmlaufenden Ärzte weniger als eine Handvoll sind.

Den Gesundheitsbehörden wird vorgehalten, dass die Amerikaner diese Impfung „schon seit Jahren im Programm“ hätten.⁵³ Das sollte Österreich als Mahnung gelten, ihren Verpflichtungen dem Bürger gegenüber auch endlich nachzukommen. Dieses „seit Jahren“ stimmt auch so nicht ganz, denn schliesslich wurde die Impfung in den USA im Jahr 2000 in das Impfprogramm aufgenommen.⁵⁴ Man kann nur hoffen, dass die österreichischen Gesundheitsbehörden ihr Geld noch lange für sinnvollere Dinge als eine Pneumokokkenimpfung auszugeben gedenken. Denn sie tun ihren Senioren mit dieser Impfung keinen Gefallen und den Kindern schon gar nicht.

Nebenwirkungen der Pneumokokkenimpfung

Als Nebenwirkungen der Pneumokokkenimpfung sind im Beipackzettel sowie in der medizinischen Literatur folgende Schäden, bzw. Reaktionen bekannt: Schmerzen, Rötung, Schwellung, Verhärtung, eingeschränkte Bewegung von Gliedmassen, über mehrere Wochen kann an der Einstichstelle ein Knoten tastbar sein, Fieber, Reizbarkeit, Benommenheit, unruhiger Schlaf, Appetitmangel, Erbrechen, Durchfall, fiebrige Erkrankungen, Fieberkrämpfe, hypotonisch-hyporesponse Episoden (HHE, dies ist eine Vorstufe zum Plötzlichen Kindstod), virale Symptome, Infektionen der oberen Atemwege, abnormes Weinen, Krämpfe, Mittelohrentzündung, Husten, Ausschlag, Muskelschmerzen, Arthritis, Gelenkschmerzen, Drüsenentzündung, Thrombopenie, anaphylaktische Reaktionen, neurologische Schäden wie z.B. Kribbeln oder Taubheitsgefühl, GBS (aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung), Thrombozytopenie (Blutplättchenkrankheit), hämolytische Anämie, Gesichtssödem, Atemnot, Bronchospasmus, Erkrankungen des zentralen und des peripheren Nervensystems. Asthma, Diabetes, Pneumonie, Autoimmunerkrankungen, Krupp und Plötzlicher Kindstod wurden ebenfalls beschrieben.⁵⁵

Längerfristige Nebenwirkungen vom 7-valenten Penumokokkenimpfstoff Prevenar wurden nicht erforscht: Mögliche Reaktionen fragte man lediglich in den ersten zwei Wochen nach der Impfung in standardisierten Telefoninterviews ab.⁵⁶ In einer finnischen Studie wurden sechs schwere oder unerwartete Nebenwirkungen durch die 7-valente Impfung festgestellt. Dreimal eine schwere Nesselsucht (Urtikaria) und je einmal ein Exanthem, übermässiges Schreien und eine vorübergehende Granulozytopenie (Veränderung der Granulozyten im Blut).⁵⁷

Am Kaiser Permanente Vaccine Study Center, in den USA wurden von Wyeth Lederle, dem Hersteller mit dem 7-valenten Pneumokokkenimpfstoff, Kinder in einer Studie zusammengefasst. Es stellten sich folgende Nebenwirkungen heraus: Nach der dritten Dosis hatten Frühgeborene und untergewichtige Kinder eine höhere Rate an lokalen Reaktionen und Schwellungen. Sie hatten ebenfalls eine weit höhere Rate an Nesselausschlag nach der dritten Dosis, sowie eine er-

höhte Irritabilität, Durchfall und Schmerzempfinden nach der zweiten Dosis als normal gewichtige Säuglinge. Die Kontrollgruppe erhielt eine Meningokokken C-Impfung. Reaktionen auf die Impfung wurden lediglich 48 Stunden nach der Impfung in einem Telefoninter-view abgefragt.⁵⁸Diese Studie wird in Österreich immer wieder als Garant für die Wirksamkeit dieser Impfung gesehen.

In einer anderen Studie wurden die Nebenwirkungen folgendermassen beschrieben: „Nach Applikation der Studienvakzine wurden etwas häufiger Lokalreaktionen beobachtet als nach der Gabe der Hepatitis-Vakzine, allerdings seltener als nach Verabreichung der Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Hib-Impfung, welche die Kinder zeitgleich erhielten.“⁵⁹Und diese Angaben sollen den Leser dieser Zeilen beruhigen!

Fazit

Pneumokokken haben die Mehrzahl der Menschen im Nasen-Rachen-Raum, ohne deswegen jemals krank zu werden. Wir haben es selber in der Hand, trotz dieser Besiedelung, gesund zu bleiben indem wir auf ein starkes Immunsystem achten. Die Impfung ist selbst in Medizinerkreisen stark umstritten. Lediglich eine kleine Gruppe von Ärzten setzt sich für diese Impfung ein. Ein Nutzen kann anhand der vorliegenden Studien weder für Säuglinge, Kleinkinder noch Senioren festgestellt werden. Im Gegenteil, durch die Impfung kommt es zu einer Erregerverschiebung, so dass jetzt vielleicht noch schwerere Krankheiten auftreten können. Besonders gewarnt werden muss vor Wiederholungsimpfungen, die in zu kurzen Abständen erfolgen. Hier kann es zu schweren Reaktionen auf die Impfung kommen. Ebenso gefährlich, ja sogar fahrlässig ist es, wenn die schwächsten Glieder der Gesellschaft mit dieser Impfung beglückt werden sollen: Kinder, ältere Menschen und Risikopatienten. Besonders hier müsste grösste Sorgfalt in der Behandlung herrschen. Es liegt an unserer Ärzteschaft, ob sie sich ihren Pflichten den Patienten gegenüber bewusst sind, denn dann wird diese Impfung niemals in das Standardimpfprogramm aufgenommen werden.

- ¹ Spiess H., Impfkompendium, Thieme Verlag, 5. Auflage, 1999
- ² Hofmann F., Impfen, ecomed, 5. Auflage, 1998
- ³ Thomssen R., Schutzimpfungen, 2001
- ⁴ Hahn, et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Springer, 4. Aufl, 2001
- ⁵ Schmitt, Schutzimpfungen, 2003, Infomed
- ⁶ Mc Mullan M et al, Br Med J 307 (1993) 1372-1373
- ⁷ Reid MM, Lancet 344, (1994), 970-971
- ⁸ Baer M et al, Lancet 11.3.1995; 345: S. 661
- ⁹ Prof. Stemberger H., Ärzte-Woche 24.4.1996
- ¹⁰ Ekdahl K et al; Scand J Infect Dis 1998; 30(3): 257-262
- ¹¹ Windörfer A., et al, Bundesgesundheitsblatt 1993; 36: 3: 87
- ¹² Sitzung des Impfausschusses des OSR, 8.5.2001
- ¹³ Mbelle N et al, J Infect Dis 1999, 180(4): 1171-1176
- ¹⁴ Offit P., Nell L, Vaccines, Wiley Publ, 1999
- ¹⁵ American Acad of Pediatr, Committee on Inf. Diseases, Pediatrics; 106: 362-366, 2000
- ¹⁶ Medical Tribune, Nr. 42, 16.10.2002
- ¹⁷ Pädiatrie & Pädologie, 6/2002, sowie BAG, Bulletin 22/2003
- ¹⁸ Spiess H., Impfkompendium, Thieme Verlag, 5. Aufl, 1999
- ¹⁹ BAG Bulletin 11/2002
- ²⁰ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ²¹ Schmitt H., Schutzimpfungen 2003, Infomed
- ²² Zielen S et al., Labor und Diagnose, Frankfurt 1998, 695-698
- ²³ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ²⁴ Lienhard A, Impfen, Almada 1998
- ²⁵ Illing S, Ledig T., Lightfaden Impfungen, Urban & Fischer, 2. Aufl. 2000
- ²⁶ Ortkvist A., et al, Lancet 1998, 351(9100): 399-403
- ²⁷ Honkanen PO, et al, Vaccine 1999, 4; 17(20-21):2493-2500
- ²⁸ Shapiro ED et al, Am Intern Med 1984, 101:325-330
- ²⁹ arznei-telegramm 1998, 3:34
- ³⁰ Forster HL et al, Am J of Med 1987, 83:425-430
- ³¹ Simberkoff MS et al, NEJM 1986, 315:1318-27
- ³² Austrian R, Review Inf Disease 1981; 3 (suppl): 1-17
- ³³ Vaccine, Oct. 2002
- ³⁴ Lackner et al, J of the Am Geriatrics Society, 7.2.2003
- ³⁵ arznei-telegramm 2003, Jg 34; Nr. 10
- ³⁶ French N et al, Lancet 200; 355: 2106-11
- ³⁷ Jackson LA et al, NEJM 2003; 348:1747-55
- ³⁸ arznei-telegramm 2003; Jg 34, Nr. 10
- ³⁹ Jackson LA et al, NEJM 2003; 348:1747-55
- ⁴⁰ Wyeth, Impfbroschüre, Pneumokokken
- ⁴¹ Hirte M., Impfen Pro & Contra, Knaur 2001
- ⁴² Beipackzettel Prevenar von Wyeth, Febr. 20002
- ⁴³ Fachinformation von Wyeth Lederle, Prevenar, Feb.2002
- ⁴⁴ Veenhoven R, et al, Lancet, Vol 361, Nr. 9376, 2187-2195

- ⁴⁵ Schmitt, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ⁴⁶ Sloyer JL et al, Rev Inf Dis 1981, 3: 119-123
- ⁴⁷ Makela PH et al, Rev Inf Dis 1981, 3: 124-130
- ⁴⁸ Schmitt, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ⁴⁹ Spiess, Impfkompendium, 5. Aufl, Thieme 1999
- ⁵⁰ Quast U., Impfreaktionen, Hippokrates 1993
- ⁵¹ Ärzte-Zeitung 28.4.2003
- ⁵² Ärzte-Woche 2.7.2003
- ⁵³ Medical Tribune, 25.6.2003
- ⁵⁴ Ärzte-Zeitung, 14.5.2003
- ⁵⁵ Beipackzettel Pneumo in den USA, in Miller Neil Z, Vaccines, are they really save and effective? Atlantian Press 2002
- ⁵⁶ Hirte M., Impfen Pro und Kontra, Knaur 2001
- ⁵⁷ BAG Bulletin, 29/2001
- ⁵⁸ Ray P., et al, Pediatr Infect Dis J; 2000, 19: 187-95
- ⁵⁹ Eskola J et al, NEJM Vol 344, No 6, Feb. 8, 2001, 403-409

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Eine Krankheit, die durch Gifte verursacht wird

Die kurze Geschichte einer Krankheit

Poliomyelitis, auch Polio oder Kinderlähmung genannt, ist im eigentlichen Sinne eine junge Krankheit. An einer alten ägyptischen Säule aus der 18. Dynastie (1580-1350 v. Chr.) ist ein verkrüppelter junger Mann abgebildet, vermutlich ein Priester, mit einem verkürzten linken Bein und einer Fussstellung, die typisch für eine schlaffe Lähmung ist. Die Abbildung befindet sich jetzt in einem Kopenhagener Museum. Dies wird von der Schulmedizin als älteste Abbildung, bzw. Beweis für eine Polioerkrankung gesehen. Die Darstellung kann allerdings genauso gut eine andere Ursache denn Polio haben, weil schlaffe Lähmungen nicht ausschliesslich nur durch Polio entstehen. Erst ab 1840 sind in der medizinischen Literatur die ersten Beschreibungen über Polio zu finden, z.B. 1840 von J. Heine¹, 1843 von L. West², 1851 von F. Rilliet³ etc. Die erste Beschreibung von Polio erschien 1891 von Oskar Medin in Stockholm über die Epidemie von 1887 in Schweden.⁴

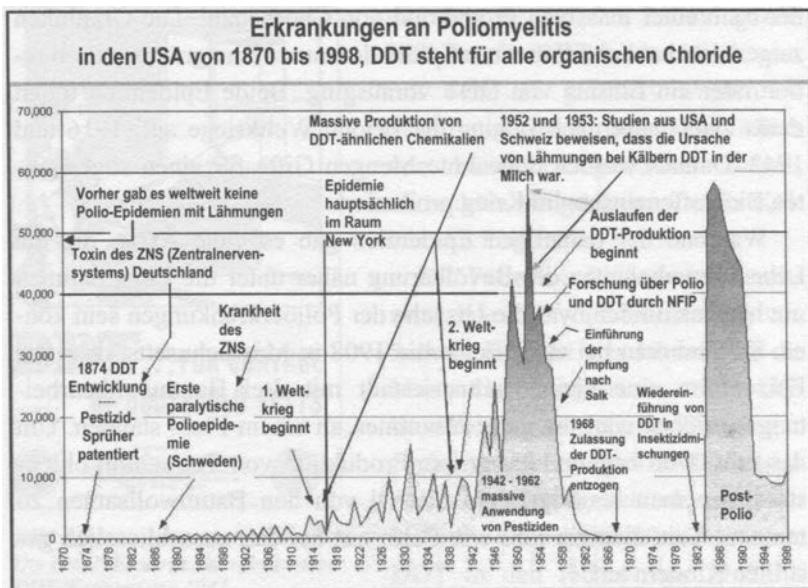
Ist es nicht seltsam, dass man von einer Krankheit, die derart stark und häufig aufgetreten sein soll, erst Ende des 19. Jahrhunderts die erste Beschreibung erhielt? Die Pocken z.B. werden bereits im Alten Testament erwähnt und Tetanus bei Hippokrates. Wo aber blieb Polio? Es ist völlig ausgeschlossen, dass sie den damaligen Ärzten nicht aufgefallen sein könnte. Weder Hippokrates noch Paracelsus erwähnen sie mit einem Wort. F. Robbins schreibt: „*Die erste und auch beste Beschreibung von einer (Polio-) Epidemie stammt von Medin aus Stockholm von 1887. Seit dieser Zeit treten saisonale Epidemien von zunehmender Intensität in den Industrieländern auf.*“⁵ Was war geschehen?

Die grösste Polioepidemie in der Geschichte dieser Krankheit in den USA fand um das Jahr 1950 statt und verebbte kurz bevor 1955 die Impfung einsetzte. Die Tatsache, dass Polio hauptsächlich nach dem Zweiten Weltkrieg auftrat und vor 1900 eigentlich nur sporadisch vorkam, vor allem aber nie als grosse Epidemien, zeigt dass

äussere Einflüsse für die Schwere und die Häufigkeit der Krankheit verantwortlich sein müssen. Um hier zu verstehen, was schlussendlich bedeutsam für das Aufkommen von Polio war, müssen wir den Blick auf die gesamte Umwelt des Menschen der damaligen Zeit richten. Und hier sind zwei Tatsachen von grosser Bedeutung, die von unseren Wissenschaftern leider ausser Acht gelassen werden.

Robbins beschreibt, dass der Beginn der Polioepidemien in den „Städten in der nördlichen Hemisphäre der industrialisierten Länder“ lag.⁶ 1789, also Ende des 18. Jahrhunderts, wurde in der „nördlichen Hemisphäre“ die Pockenimpfung eingeführt. Da man die Impfung noch selber bezahlen musste und die Landbevölkerung Neuerungen gegenüber eher skeptisch war, wurde die Impfung vorwiegend in den Städten durchgeführt. Hier wurde eine massive Immunschwäche der Bevölkerung eingeleitet. Ausserdem wurden mit den Impfungen „Gifte“ in ungeahnter Menge in den Organismus der Menschen gebracht. Mit dieser Pockenimpfung wurden nicht nur die Menschen der damaligen Zeit immens geschwächt, sie hat sogar Auswirkungen auf die Gesundheit der heutigen Generationen.

~~Doch nicht nur die Pockenimpfung~~ wurde im grossen Stil durchgeführt, noch andere Einflüsse machten sich geltend. Die Produktion von Giften erlebte eine Evolution. Gifte wurden in ungeahntem Ausmass produziert und nichtsahnend und naiv eingesetzt. Einige der bekanntesten organischen Chloride sind Chlorbenzol, PCB (polychlorierte biphenyle) und DDT (dichlor-diphenyl-trichloroäthan). In den USA begann 1915 eine massive Produktion von Chlorbenzol. Die Firma Hooker Electromechanical Production startete mit einer grossen, beispiellosen Produktion von Chlorbenzol und Dow Chemical ebenfalls, aber etwas später. Chorbenzol war die Basis für Pikrinsäure-Sprengstoff im Ersten Weltkrieg. Es wurde ebenfalls in der Produktion von Holzbehandlungsmitteln, Giftgas für den Kriegseinsatz, Herbiziden, Insektiziden, Bakteriziden, zur Mottenbekämpfung und als Polymerharz benutzt. (Mono-) Chlorbenzol ist der Hauptbestandteil für die DDT-Produktion. Momentan werden in den USA jährlich 8,5 Millionen kg P-Dichlorbenzol für Raum-Deodorants eingesetzt. Nach Angaben von Prof. Duesberg wurden von der CDC die toxischen Ursachen bei der Entstehung der Legionärskrankheit völlig



Quelle: Hayes W., Laws E., *Handbook of Pesticide Toxicology*, Academic Press Inc, San Diego 1991, 3 volumes

Bild 23

*Korrelation zwischen Polioepidemien und massiver DDT - Anwendung
Die obige Graphik zeigt anschaulich, dass einer Polioepidemie immer eine grössere Produktion oder ein Einsatz von DDT vorausging.*

ausser Acht gelassen. Die Krankheit wird vor allem durch Luftbefeuchter und Klimaanlagen ausgelöst, denen Raum-Deodorants zugefügt worden sind.⁷

Die plötzliche und massive Produktion von Chlorbenzol ab 1915 stimmt exakt in Ort und Zeitpunkt mit einer Epidemie überein, die das zentrale Nervensystem befiel und die nächsten Jahre in der Region von New York auftrat. Die erste Epidemie dauerte sechs Monate, von Juni bis November, wobei 82 Prozent der Fälle innerhalb von acht Wochen auftraten. In der medizinischen Literatur wird diese nur in New York aufgetretene Epidemie als weltweite Polioepidemie seit her beschrieben. Wenn es sich tatsächlich um eine Polioepidemie gehandelt hätte, warum trat sie nur in einer bestimmten Region auf und verebbte plötzlich wieder, wo doch der Rest des Landes keinerlei „Schutz“ vor der Krankheit hatte?

1942 fand wieder eine Polioepidemie statt, eigenartigerweise wie-

der nach einer massiven Produktion von Chorbenzol. Die Graphiken zeigen anschaulich, dass einer Epidemie immer eine grössere Produktion oder ein Einsatz von DDT vorausging. Beide Epidemien traten exakt zwei Jahre nach Beginn der beiden Weltkriege auf, 1916 und 1942. Damals wurden ungeahnte Mengen Gifte für einen sogenannten Biowaffeneinsatz im Krieg produziert.

Während der damaligen Epidemien gab es viele Ärzte, die die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung näher unter die Lupe nahmen um herauszufinden, was die Ursache der Polioerkrankungen sein könne. So fand man bei einer Epidemie 1908 in Massachusetts, dass das Epizentrum eine kleine Industriestadt mit drei Baumwollbearbeitungsbetrieben war, die nahe zusammen an einem Fluss standen. Um das Jahr 1908 begann eine grosse Produktion von Tetrachlorkohlenstoff, den man benötigte, um das Öl von den Baumwollsamen zu trennen. Kein einziger Fall von Polio trat bei den ausschliesslich gestillten Kindern auf.⁸

In vielen Fällen war Milch die Ursache von Polioepidemien. Am 6. Oktober 1905 trat ein Fall von Polio auf einer Farm auf, es handelte sich um den Sohn des Farmers. Ein anderer Sohn sowie vier andere Kinder aus der Nachbarschaft erkrankten am 20. Oktober. Zusammen waren sechs Familien mit insgesamt 10 Poliofällen betroffen. Alle wurden vom Vater des ersten Poliofalles mit Milch beliefert.⁹ Im Dezember 1926 wurde ein Ausbruch von 10 Poliofallen in Cortland (NY) gemeldet. Der Ausbruch trat plötzlich auf und endete genauso, als man die Milch eines Bauern aus dem Verkehr zog.¹⁰ Rosenow beschreibt einen Ausbruch 1932 in einem College. Die Epidemie trat plötzlich im späten Sommer auf. Betroffen waren zwei Frauen und sechs Männer. Sie alle hatten Milch und Rahm vom gleichen Lieferanten gegessen, bzw. getrunken. Viele der Studenten hatten ausserdem Symptome, die normalerweise im Anfangsstadium der Polio-krankheit auftreten, so wie Magen-Darmbeschwerden und Probleme mit dem Nervensystem. Nachdem der Farmer seine Milchlieferungen einstellte, endete die Epidemie abrupt.¹¹

Dass die Krankheit durch verseuchte Milch übertragen werden kann, wurde wenig später auch bewiesen: 1952 und 1953 wurden je eine US- und eine Schweizer Studie veröffentlicht die belegten, dass



Bild 24
Die mit US Steuergeldern finanzierte
DDT Werbung von 1947

die Ursache für eine Lähmung von Kälbern das DDT in der Milch war, mit dem sie gefüttert wurden.¹² Wenn nun diese verseuchte Milch von Menschen getrunken wurde, erkrankten sie genauso wie die Kälber: An Polio!

Die Fälle von Polio traten bereits zwei Jahre vor den Feldstudien von Salk zurück und vier Jahre bevor die Massenimpfungen in der US-Bevölkerung einsetzten. Sie gingen zurück, nachdem erhitzte Diskussionen in Regierungsbehörden und der Industrie über die Gefährlichkeit von DDT in den Jahren von 1949 bis 1951 geführt wurden. Diese Diskus-

sionen hatten zur Folge, dass die Produktion in den USA aussetzte um in Dritt-Welt-Ländern fortgeführt zu werden. Man produzierte weniger giftige Pestizide und arbeitete an einer Imageaufbesserung, indem man dem Verbraucher den vorschriftsmässigen Gebrauch und die Gefährlichkeit der Pestizide erklärte. DDT wurde schliesslich 1968 in den USA die Bewilligung entzogen und 1972 in den industrialisierten Ländern verboten und mit Organophosphaten ersetzt. Der starke Anstieg von Polio ab 1945 in den USA ist zeitgleich übereinstimmend mit dem Erlass der Regierung, die DDT-Überschüsse aus dem Krieg für den öffentlichen Markt freizugeben.¹³ Man propagierte in Inseraten für DDT als Haushaltsreiniger. Hausfrauen benutzten es so wie wir heutzutage z.B. Seife anwenden (*siehe Bild 24 oben*).

Zur gleichen Zeit als die Anwendung von DDT in den industrialisierten Ländern auslief, wurden die Polioimpfungen forciert. Die Insektizide, die nun „dank“ dem Einsatz der WHO in den Entwicklungsländern als Mückendezimierung im grossen Stil zum Einsatz kamen, sorgten dort plötzlich für ein nie gekanntes Auftreten von akuten, schlaffen Lähmungen und Polio. 1983 wurde DDT durch eine neue Gesetzgebung in den USA wieder zugelassen, aber nur in Insek-

tizidmischungen. Innerhalb von nur wenigen Monaten nach der Wiedereinführung von DDT kam es wieder zu schweren Poliofällen in den USA. Da fast ausnahmslos alle Erkrankten Geimpfte waren und man der Impfung einen 100prozentigen Schutz nachsagte, nannte man die Krankheit „Post-Poliomyelitis“ (*siehe Grafik Seite 307*). Noch heute lehrt man uns, dass Polio-Erkrankte Jahrzehnte später nochmals eine leichte Polio durchmachen können, eben das sogenannte Post-Polio-Syndrom. Betroffen waren damals in den USA ca. 600'000 Menschen.¹⁴

Der Leiter der Polio-Forschung in den USA war seit 1953 Dr. Henry Kumm. Während des Zweiten Weltkrieges arbeitete er als ziviler Berater des Chefchirurgen der US-Armee in Italien. Er war dort für Feldstudien verantwortlich, die in den Sümpfen in der Nähe von Rom und Neapel mit dem Einsatz von DDT gegen Malaria-Mücken gemacht wurden. Bevor er Direktor der Polio-Forschung wurde, arbeitete er intensiv an der Krankheit Frambösie, einer chronischen, tropischen Infektionskrankheit. Im Endstadium kommt es zu schweren Schädigungen von Haut, Weichteilen und Knochen. In verschiedenen Publikationen wurde darauf hingewiesen, dass Einspritzungen mit Arsen zur Behandlung von Frambösie 1936 in Somalia eine Polioepidemie verursachten.¹⁵ Dr. Kumm war also bestens über den Zusammenhang zwischen Giften wie DDT und Arsen im Zusammenhang mit Polioepidemien informiert. Die Folgen von DDT und Giften in unserem Organismus sind Krankheiten im Kleinhirn und am Wirbelsäulenstrang, so wie auch bei der Polioerkrankung. Vor allem kommt es zu verschiedenen Lähmungen. Wir haben dies bereits bei der Krankheit Tetanus gesehen. Auch hier ist ein Gift für die Lähmungen verantwortlich.¹⁶

Kurz nachdem die Impfung gegen Polio in den USA eingeführt worden war, brachen in etlichen Bundesstaaten Epidemien aus. In den drei folgenden Jahren nach Einführung der Impfung wurde deshalb die Definition für eine Polio-Epidemie abgeändert. Schliesslich durfte man nicht zugeben, dass trotz vermehrter Impfungen immer mehr Menschen erkrankten. Galten bisher 20 aufgetretene Fälle auf 100'000 Einwohner als Epidemie, so mussten neu 35 Fälle auf 100'000 Einwohner gemeldet werden. Die Definition von der Krank-

heit Polio wurde auch den neuen Umständen angepasst. Lähmungen, die 24 Stunden andauerten, waren bis anhin unter Polio in die Statistik eingegangen. Neu mussten Lähmungen zwei Monate andauern, um als Polio anerkannt zu werden. Die übrig gebliebenen Fälle von Polio wurden dann fast ausschliesslich alle als Meningitis (Gehirnhautentzündung) diagnostiziert.¹⁷ Hier ein Beispiel, wie man Polioerkrankungen nach Einführung der Polioimpfung zu verschleiern versuchte:

Jahr	Polio	Meningitis	Total
Juli 1955	273	50	323
Juli 1961	65	161	226
Juli 1963	31	151	182
Sept. 1966	5	256	261

Quelle:

Los Angeles County, Health Index: Morbidity and Mortality; Reportable Diseases, 1966.

Bild 25

Dank einem statistischen Trick nahmen die Poliofälle in den USA deutlich ab. Die wirklichen Fälle wurden in der Statistik der Meningitis zugerechnet.

Der Einsatz von DDT ist bei uns verboten. In Afrika, Indien, Asien und Lateinamerika wird es noch bedenkenlos eingesetzt. Hier würde sich auch ein Blick auf Nigeria lohnen. Dort ist im Sommer 2003 eine Polioepidemie ausgebrochen. Erstaunlich wäre es nicht, wenn sich hier ebenfalls ein Einsatz von Giften im Vorfeld dieser Epidemie zeigen Hesse. Wir sollten nicht so blauäugig sein und die Sache damit als erledigt ansehen, nur weil DDT bei uns nicht mehr eingesetzt wird. Der grösste Teil der Früchte und Gemüse die wir aus diesen Ländern importieren, enthalten Rückstände von diesem Gift. Ständig werden Untersuchungen publiziert, die DDT bei europäischen Frauen in der Muttermilch nachweisen.

Es ist mehr als offensichtlich, dass hier von Behördenseite offiziell allerlei vertuscht wird. Man versucht, die eigene Rolle als Mittäter in der Herstellung und dem Missbrauch von DDT hinter einem Poliovirus und einer angeblichen Wunderimpfung zu verstecken. Die ganze Medizin und mit ihr jeder einzelne Arzt wird hier zum Spielball von Willkür und Geschäft gemacht.

Die Behandlung von Polio

Polio wird laut offiziellen medizinischen Angaben von drei sogenannten Polioviren Typ I, II und III verursacht und soll ausschliesslich fäkal-oral, d.h. normalerweise über Nahrung oder Trinkwasser übertragen werden, das durch Stuhl von einem Infizierten verseucht ist. Nach einer Inkubationszeit von 3 bis 14 Tagen tritt die Krankheit auf. Nur bei ca. 0,1 bis 1 Prozent der Infizierten kommt es zu einer Lähmung, wovon bei einer Grosszahl die Lähmungen nach spätestens einem Jahr folgenlos abklingen. So lesen wir es in den Lehrbüchern der Medizin. Die Krankheit beginnt mit unspezifischen Erkältungssymptomen, die denen einer Sommergrippe ähneln, Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen, evtl. Durchfall und Erbrechen. Nach einer fieberfreien Phase von wenigen Tagen tritt erneutes Fieber mit vermehrten Grippesymptomen auf.

Polio ist eine Krankheit, die unsere Mediziner heute in Angst und Schrecken versetzt. Nach ihren Worten ist eine Behandlung, bzw. Heilung nicht möglich. Man kann ihnen diese Aussage nicht einmal verübeln, da sie in ihrer Ausbildung nichts darüber erfahren. Der französische Arzt Dr. A. Neveu beschrieb 1943 eine Behandlungs methode, mit der er grossen Erfolg hatte. Er war dadurch in der Lage, selbst die schlimmsten Formen der Lähmung gänzlich zu heilen, vorausgesetzt, man beginnt die Behandlung in den ersten 48 Stunden nach Beginn der Lähmungen. Dr. Neveu behandelte die Kranken mit Magnesiumchlorid. Er hatte diese Methode von Prof. Pierre Delbert, Mitglied der Medizin-Akademie Frankreichs, übernommen. Dieser hatte festgestellt, dass die Einnahme von Magnesiumchlorid das Aufnahmevermögen und die Anzahl der weissen Blutkörperchen wesentlich erhöhte. Dr. Neveu behandelte seine Patienten folgendermassen: Er löste 20 g Magnesiumchlorid ($MgCl_2$) in 1 l Wasser auf und verabreichte es alle 3 Stunden in folgender Menge:

Säugling: 1 bis 4 Teel.

Kind, 2 Jahre: 60 ml

Kind, 3 Jahre, 80 ml

Kind, 4 Jahre: 100 ml

Fünf Jahre und älter: 125 ml.

Er setzte Magnesiumchlorid übrigens auch bei Diphtherie und Tetra-

nus erfolgreich ein. In der Homöopathie gibt es ebenfalls diverse Mittel um Polio zu heilen.

Dr. Jean Pilette bewies, dass Fieber, nebst Magnesiumchlorid das beste Heilmittel bei Polio sei. Polioviren sind thermosensibel, dies ist längst bekannt. Prof. André Lwoff, der 1966 den Nobelpreis für Medizin erhielt, hat beim Poliovirus diese Thermosensibilität bestätigt. Nach seinen Angaben stirbt das Poliovirus bei einer Temperatur von 40° C Fieber ab. Da die Erkrankten automatisch hohes Fieber bekommen, ist es also sehr wichtig, das Fieber nicht zu unterdrücken.¹⁸

Nachdem die Impfungen gegen Polio aufkamen, wurde Dr. Neveus's Behandlung nicht mehr fortgesetzt. Im Gegenteil, er wurde als Schwärmer und Ketzer verschrien. Von der Ärztegesellschaft Frankreichs erhielt er am 16.11.44 einen Brief mit folgendem Inhalt: "Durch das Bekanntwerden einer neuen Behandlung gegen Polio würden die Impfungen verhindert, doch das generelle Interesse besteht darin, die Impfung zu verbreiten."¹⁹ Mit Magnesiumchlorid ist kein Geld zu verdienen, mit den Impfungen schon!

Polio und Ernährung

Der amerikanische Arzt Dr. Benjamin Sandler veröffentlichte 1951 in den USA seine bahnbrechende Arbeit, in der er bewies, dass eine Ernährung, frei von Fabrikzucker und Auszugsmehlen, eine Vireuserkrankung verunmöglicht. Er geht in seinen Studien speziell auf Polio ein. Im Sommer 1948 kam es in North Carolina, USA, zu einer Polioepidemie grossen Ausmasses. Dr. Sandler machte über Radio und Zeitungen die Bevölkerung auf die notwendigen Ernährungsänderungen aufmerksam. In ihrer Verzweiflung klammerten sich die Menschen an jeden Strohhalm und hielten auch die Ernährungsvorschläge ein. Endlich hatten sie selber etwas dazu beizutragen, anstelle still und ergeben alles auf sich zukommen zu lassen. In den Läden sanken die Umsätze an Fabrikzucker, Eiscreme, etc. rapide ab. Ein Eiscremelieferant verkauft 4 Mill. 1 Eiscreme weniger als sonst um diese Jahreszeit. Es erkrankten in der Folge so gut wie keine Menschen mehr in der Gegend. In den anderen Gegenden der USA, in denen ebenfalls eine Epidemie grassierte, stiegen die Erkrankungsfälle dagegen sehr hoch an. Diese einfache Methode zur Verhütung von

Polio wurde Dr. Sandler aber später untersagt, da die Zuckerindustrie sich erfolgreich dagegen wehrte. Gewinn geht bekanntlich über Leben und Gesundheit, damals wie heute.

Warum kann es bei einem Verzicht auf Fabrikzucker und Auszugsmehlen nicht zu Polio kommen? Dr. Sandler bewies, dass die Erhaltung eines normalen Blutzuckerspiegels im Organismus Virusinfektionen verhindert. Der Blutzuckerspiegel darf somit nie länger als eine Stunde unter das Niveau von 80 bis 90 mg absinken. Sinkt der Blutzuckerspiegel unter die Norm ab, so sind die Gifte in der Lage, die Schutzwehren der Gewebe zu durchdringen, dann zu Gehirn und Rückenmark zu gelangen und schliesslich in die Nervenzellen einzudringen, wo es diese beschädigen und zerstören kann, und so die Polio herbeizuführen. Ein Schutz vor der Erkrankung an Polio setzt am gleichen Tag ein, an welchem mit der richtigen Ernährung begonnen wird, und dieser Schutz hält solange an, wie diese Kost beibehalten wird.— Dr. S. Wortis aus New York hat festgestellt, dass das Nervenbindegewebe von jungen Menschen mehr Sauerstoff verbraucht, d.h. nötig hat, als das der Erwachsenen. Das ist der Grund dafür, weshalb das Nervenbindegewebe junger Menschen empfindlicher gegen das Absinken des Blutzuckerspiegels ist. Sie bekommen deshalb eher „Kinderlähmung“ als Erwachsene.

Überanstrengung kann ebenfalls Ursache für die Erkrankung an Polio sein. Die erste Folge einer Überanstrengung ist ein Absinken des Blutzuckerspiegels. Das Zusammenwirken von körperlicher Anstrengung und dem Verzehr von Süßigkeiten kann den Blutzuckerspiegel besonders stark herabdrücken und damit Polio begünstigen. Unter Umständen kann die Krankheit schon nach 24 Stunden auftreten. Es gibt Berichte über plötzliche Polioausbrüche bei olympischen Wettkämpfen, Marathonläufen, etc.

Es ist eine Tatsache, dass Polioepidemien niemals in den Ländern auftraten, in denen die Bevölkerung wenig Fabrikzucker ass, z.B. in China, wohingegen in Ländern, in denen sehr viel Fabrikzucker gegessen wird, wie z.B. in Indien, heute noch Polio in der Wildform existiert. Dr. Sabin, der Entwickler der Schluckimpfung berichtete selber darüber, wie unter den amerikanischen Truppen in China, Japan und auf den Philippinen die Polio ausbrach, die einheimische

Bevölkerung aber verschont blieb. Auf den Philippinen war damals Polio eine der Haupttodesursache für die amerikanischen Truppen, während die Eingeborenen nicht betroffen waren.²¹

Erhöhtes Risiko, an Polio zu erkranken

Es gibt viele bedeutsame Hinweise, dass speziell die Keuchhusten- und die Diphtherieimpfung die Gefahr, an Polio zu erkranken, erhöhen. Von 1949 bis 1950 kam es in Australien zu einer Polioepidemie. Dort stellte man fest, dass die meisten der Erkrankten kurz vor Ausbruch ihrer Symptome den Keuchhustenimpfstoff oder aber die Zweifachimpfung gegen Keuchhusten und Diphtherie erhalten hatten.²² Seitdem hören die Meldungen nicht auf, die diesen Zusammenhang bestätigen. Die Lähmung beschränkt sich manchmal auf das geimpfte Glied, manchmal befällt sie aber auch andere Körperteile. In Rumänien kam es anfangs der neunziger Jahre in Verbindung mit dem Diphtherie und Tetanus-Impfstoff zu besonders vielen Poliofällen unter den Geimpften. Es erkrankten 1:85'000 der Geimpften. Von den Lähmungen betroffen waren die Gliedmassen, in die vorher die andere Impfung injiziert worden war.²³

Ein anderes Risiko an Polio zu erkranken, sind erkrankte oder entfernte Mandeln. Mitte der fünfziger Jahre stellte sich in den USA heraus, dass bei über der Hälfte der Polioerkrankten vorher die Mandeln entfernt worden waren.²⁴ Der Wiener Arzt Dr. Alexander Rottmann stellte fest, dass Kinder mit wenig funktionsfähigen Mandeln öfters an der gefährlichen Form der Kinderlähmung erkrankten als Kinder mit gesunden Mandeln. Die Mandeln sind eines der wirksamsten und wichtigsten Teile unseres Immunsystems. Können sie ihre Aufgabe nicht erfüllen, weil sie selber krank oder aber nicht mehr vorhanden sind, so ist logischerweise mit einem schwereren Verlauf jeder Krankheit, nicht nur bei Polio, zu rechnen.

Der Impfstoff und seine Nebenwirkungen

Der Spritzimpfstoff (IPV) enthält, je nach Hersteller folgende Zutaten: Formaldehyd, Phenoxyethanol, Humanalbumin, Neomycin, Streptomycin und Polymycin B (Antibiotika), Ethanol, Aminosäuren, Mineralsalze, Phenol, Polysorbitat. Der Schluckimpfstoff (OPV) ent-

hält, je nach Hersteller: Aminosäuren, Neomycin, Peptide, Polygelin, Polysorbat 80, Salze, Zucker, Framycetinsulfat, Gelatine, Vitamine, Phenolsulfonphthalein. Gezüchtet wird der Impfstoff entweder in tierischen Krebszellen, genannt VERO-Zelllinien, oder aber auf abgetöteten, menschlichen Föten.

In der *Schweiz* ist der letzte Fall von Wildvirus 1982 aufgetreten, in Österreich Mitte der sechziger Jahre und der letzte Fall von Impfpolio 1980²⁵ und in Deutschland trat der letzte Wildpoliofall 1978 auf.²⁶ An dieser Stelle ist vielleicht ein Hinweis angebracht, warum in den letzten Jahren die meisten Länder von der Schluckimpfung auf die Spritzimpfung umgestellt haben. Das Schweizerische BAG schreibt dazu: „*Durch dieses Vorgehen sollen die seltenen durch OPV verursachten Poliomyelitiden wesentlich reduziert werden.*“²⁷ In diesem Satz ist das Wort „*wesentlich*“ von Bedeutung, denn es ist uns bereits in der Schweiz ein Fall von Polio nach der Spritzimpfung bekannt geworden. Es gab bei uns fast jährlich Fälle von Polio verursacht durch die Impfung, in Deutschland waren es pro Jahr zwischen ein und drei Personen.²⁸ Poliofalle also, die niemals ohne Impfung aufgetreten wären. Wenn man dann noch bedenkt, dass diese Länder frei vom Wildvirus waren, ist es reine Menschenverachtung, die Impfung nicht schon längstens eingestellt zu haben. Dr. Jonas Salk bestätigte als Zeuge vor Gericht, dass die Schluckimpfung „*der Ursprung, wenn nicht der einzige Grund aller in den USA seit 1961 protokollierten Poliofälle ist*“. Die amerikanischen Gesundheitsbehörden bestätigten diese Angaben 1992, nachdem eine Studie belegte, dass sämtliche Poliofälle in den USA seit 1980 durch die Polioimpfung verursacht worden sind.²⁹

Prof. H. Schmitt, Vorsitzender der STIKO sagte dazu: „*Die routinemässige Anwendung dieses (Schluck-) Impfstoffes - ausserhalb einer Anordnung der Gesundheitsbehörden im Falle einer Epidemie - ist ohnehin seit 1998 in Deutschland als Kunstfehler anzusehen.*“³⁰ Das sind die Worte eines Mannes, der den gleichen Impfstoff jahrelang vehement befürwortet hat. Man wechselt seine Meinung mit einer Leichtigkeit, wie die Kleider, die man trägt. Die Patienten, die in der grossen Mehrheit die Hintergründe niemals erfahren werden, sind gezwungen, an einem neuen Experiment teilzunehmen, ob es ihnen

behagt oder nicht. In den Ländern der Dritten Welt wird die Schluckimpfung weiterhin angewendet, wie die Impfkampagnen der WHO z.B. in Irak und Afghanistan gezeigt haben.³¹ In den deutschsprachigen Ländern besteht keinerlei Pflicht, sich oder die Kinder gegen Polio impfen zu lassen.

Als Nebenwirkungen der Polioimpfung sind folgende Reaktionen, bzw. Komplikationen beschrieben und belegt worden: Beim IPV (Spritzimpfung) sind es Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen, Allgemeinreaktionen, z.B. Kopfschmerzen, Temperaturerhöhung, Krankheitsgefühl, sowie allergische Reaktionen, Blutgefäßentzündung mit Blutaustritt, Blutgerinnungsstörung, Krampfanfälle, Gesichtnervenlähmung, Gefühlstörungen, anhaltendes schrilles Schreien, Gelenkerguss,³² etc. Beim OPV (Schluckimpfung) sind besonders Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Impfpoliomyelitis, Fieberkrämpfe, enzephalitische Krankheitsbilder und neurologische Schädigungen in Form von Lähmungen, Schüttelfrost, Schweissausbrüche, Fieber, Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kreislaufreaktionen, Beschwerden des Magen-Darm-Traktes und allergische Reaktionen, Gehirn- und Hirnhautentzündung, GB-Syndrom, Gelenkrheuma, etc. zu erwähnen. Sinnigerweise starb Dr. Sabin, der Entwickler der Schluckimpfung nach fast 10jähriger Krankheit am Guillain-Barre-Syndrom.³³ Es ist ausserdem des öfteren beschrieben worden, dass es im Anschluss an eine Polioimpfung nach weiteren intramuskulären Lähmungen in dem betroffenen Körperteil zu Lähmungen kommen kann. Gehirnlähmungsfälle werden ebenfalls sehr oft nach Polioimpfungen beschrieben. Alle Länder mit intensiven oder Kinderpflichtimpfungen mussten in den vergangenen 50 Jahren einen 400prozentigen Anstieg bei Gehirnlähmungen verzeichnen, soweit diese nicht schon bei der Geburt diagnostiziert wurden waren.³⁴

Wie vollkommen unkritisch, ja grob fahrlässig man mit Patienten umgeht, sieht man daran, dass einige Selbsthilfegruppen, allen voran die Multiple-Sklerose-Gesellschaft in den USA, sich sogar an die Spitze der Impfbewegung setzen und die Routine-Impfungen, vor allem die Polioimpfung, allen MS-Kranken empfehlen. Dabei konnte sogar beobachtet werden, dass sich Multiple-Sklerose-Fälle nach Po-

lio-Impfungen verschlimmern oder häufiger auftreten. VAPP steht für vakzine-assoziierte paralytische Poliomyelitis. Was nichts anderes bedeutet, als das die Krankheit, in diesem Fall Polio, durch die Impfung verursacht worden ist. Normalerweise treten die Lähmungen 7 bis 30 Tage nach der Impfung auf. Wie sehr man sich dagegen wehrt, dass Geimpfte erkranken können, erkennt man am Kommentar von Ute Quast: „*Alleiniger Nachweis von Impfviren im Stuhl oder Ra-chenabstrich ist nicht beweisend für eine Impfpoliomyelitis.*“³⁵

Das Risiko einer Polioerkrankung durch die Schluckimpfung liegt nach offiziellen Angaben für den Geimpften bei ca. 1:520'000, bei 1:6'000'000 bei engen familiären Kontakten und bei 1:23 Millionen bei sonstigen Kontakten. Es können nicht nur die mit der Schluckimpfung geimpften an Polio erkranken, sie können auch ihre ganze Umgebung hochgradig anstecken, und das bis zu acht Wochen nach der Impfung. In einem Bericht im New Scientist (7/2002) wird der Fall eines Mannes geschildert, der selbst 20 Jahre nach der letzten Polioimpfung noch Polioviren mit dem Stuhl ausscheidet. 16 ähnliche Fälle sind bekannt. Die Geimpften sondern mit dem Stuhl die Impfvi- ren aus. Wenn man nun nicht oberste Hygiene walten lässt, so kann es vorkommen, dass die Kontakt Personen eines mit der Schluckimpfung geimpften Kindes ebenfalls an Polio erkranken.³⁶

Der WHO-Beratungsausschuss erörterte die Beziehung zwischen einer akuten anhaltenden Spinalparalyse (Lähmung durch Ausfall von Teilen des Rückenmarkmotorischen Systems) und dem Polioimpfstoff über eine Zeit von zehn Jahren. In dieser Zeit hatte es immer wieder Berichte über Fälle gegeben, die man als vom Impfstoff verursacht ansah, besonders von Poliovirus Typ III in den Geimpften selber und von Typ II bei den Kontakt Personen. Die Autoren gaben selber zu, dass Sicherheitstests die Unschädlichkeit des Impfstoffes weder be- weisen noch garantieren. Die Anzahl der gemeldeten Fälle war in den verschiedenen Ländern unterschiedlich hoch, was allerdings mit den Meldesystemen zusammenhangt. Es wurde eine Häufigkeit von 0,14 auf 1 Mill. Impfdosen angegeben, was aber lediglich die Melderate, und nicht die tatsächlich Erkrankungshäufigkeit angab. Die Häufung von durch Typ II und III verursachten Fällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes nach der Impfung und die Isolierung impfstoffähnlicher

Stämme des Virus aus dem Zentralnervensystem galt als Beweis für einen Zusammenhang zwischen den Impfungen und den auftretenden Lähmungen.³⁷

In der Zeit von 1956 bis 1966 traten auf der nördlichen Hälfte der Nordinsel Neuseelands viele Fälle von SSPE auf. SSPE steht für subakute, sklerosierende Panenzephalitis. Bei dieser immer tödlich endenden Krankheit kommt es zu einer langsamen Zerstörung des Gehirns. Laut medizinischen Angaben ist der einzige Auslöser einer SSPE eine zurückliegende Masernerkrankung. Die Häufigkeit an SSPE in dieser Zeit war hundertmal so gross wie erwartet. Für den grossen Ausbruch wurde die Massenimpfung von Grundschulkindern mit dem Salk-Impfstoff (Spritzimpfung) ab 1956 verantwortlich gemacht. Die Autoren der Untersuchung meinten, der Impfstoff habe „wahrscheinlich den lebenden SV40-Virus enthalten“. Sie kamen zu dem Ergebnis: „Die Verabreichung des Salk-Impfstoffes in Neuseeland stand im Zusammenhang mit dem Auftreten von SSPE (. . .) Die Vorstellung, eine unübliche Reaktion auf eine Maserninfektion sei die einzige Ursache für SSPE, lässt sich nicht mit den Beobachtungen von Neuseeland vereinbaren.“³⁸

Hier wäre es interessant, bei den bei uns auftretenden Fällen von SSPE in der Anamnese einen Blick auf die verabreichten Polioimpfungen zu werfen. Einen Anhaltspunkt in der Beziehung zwischen Viruserkrankungen und Krankheiten resultierend aus Giften, scheinen die Einschlusskörperchen zu sein. Der schottische Pathologe J. Dawson (1870-1927) entdeckte eine Krankheit, die er Einschlusskörperchen-Enzephalitis nannte. Heute nennen wir sie SSPE. Diese Einschlusskörperchen spielen bei Infektionskrankheiten, die durch Viren erzeugt wurden, eine nicht zu unterschätzende Rolle. Außerdem kommen sie immer bei Krankheiten vor, in denen Gifte, bzw. Vergiftungen die Ursache sind. Wolff und Orton entdeckten 1932, dass Einschlusskörperchen bei Polioerkrankten ebenso zu finden sind wie z.B. bei einer Toxoplasmose, tuberkulösen Meningitis, Basalmeningitis, Tetanus, etc.³⁹ Hier findet sich auch eine Erklärung, warum vor al-lem nach Tetanus- und Diphtherieimpfungen Polioerkrankungen auf-treten. Mit der Impfung werden die Gifte dieser Bakterien in den menschlichen Organismus eingeführt, worauf dieser dann mit einer

Entzündung reagiert, wie z.B. mit GBS, Enzephalitis, Meningitis, Polio, SSPE, etc. Mehr als die Hälfte aller Fälle von akuten schlaffen Lähmungen sind keine Polio, sondern GBS (Guillain-Barre-Syndrom = aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung).⁴⁰

Die englische Infektiologin Elisabeth Dowsett stellte fest, dass in ihrer und der Praxis ihres Kollegen Dr. Melvin Ramsey zwischen 1960 und 1980 Patienten mit dem chronischen Müdigkeitssyndrom (CFS) um 5'000 Prozent zunahmen. Zwischen 1980 und 1990 nahmen diese Patienten nochmals um weitere 5'000 Prozent zu! Weltweit sind nach ihren Angaben 32 „chronische-Müdigkeitssyndrom-Ausbrüche“ auf eine Massenimpfung gegen Polio registriert worden. 1990 entdeckte Dr. Dowsett, dass 50 Prozent ihrer Patienten mit CFS Antikörper gegen das Coxsackie B-Virus hatten.⁴¹ Das Coxsackievirus ist so benannt nach der Stadt in der Nähe von New York, in der es zum ersten Mal gefunden wurde. 1948 kam es dort zu vielen Fällen von Lähmungen unter Kindern! Ein Coxsackie-Virus, genannt A7, erzeugt die gleichen Symptome wie das Poliovirus, man nennt es deswegen in Forscherkreisen scherhaft auch Polio Typ IV-Virus. Wie nah sich das Coxsackie-Virus und das Poliovirus stehen, ersieht man an der Beschreibung: „*Die Coxsackie-Viren sind serologisch nicht mit den Polioviren verwandt; ihre Struktur, der Modus ihrer Replikation und ihr Verhalten in der Umwelt sind jedoch weitgehend identisch.*“⁴² Andere Enteroviren, die die gleichen Symptome und Schäden wie Polio erzeugen, sind ECHO-Viren sowie Enteroviren 71. ECHO-Viren sind erstmals 1956 mit einem Ausbruch von CFS in Verbindung gebracht worden. CFS erzeugt Symptome wie Müdigkeit, Muskelschwäche und Erschöpfung. Genau die gleichen Symptome wie wir sie bei der Post-Polio kennen!

Gewissheit, dass in Sachen Polio sehr viel Glauben und Propaganda, aber keine Wissenschaft mitspielen, ergibt die Untersuchung von Scobey: 1952 wurden mehr als 58'000 neue Fälle von Polio in den USA diagnostiziert. Davon waren 75 Prozent schwere Lähmungen. Versuche, das Virus aus den Ausscheidungen der Erkrankten zu isolieren, gelangen in weniger als ein Prozent der Fälle. In den restlichen 99 Prozent vermutete man ein Poliovirus, nachweisen konnte man es nicht!⁴³

Es stellt sich die Frage, ob wir uns hier bei den medizinischen Diskussionen nicht im Kreise drehen. Ist es nicht vielmehr so, dass alle diese Viren, die sich so sehr ähneln, aber doch nicht die gleichen sein sollen, und die Erkrankungen erzeugen, die sich noch mehr ähneln, aber angeblich trotzdem völlig verschieden sind, einen gemeinsamen Ursprung haben, nämlich Gifte im Körper, die zu einem Ungleichgewicht im körperlichen Milieu geführt haben? Mit der Existenz von Polioviren sollen Gifte, die via Nahrung den Weg in unseren Organismus gefunden haben, geleugnet werden. Und mit der Existenz von ECHO-, Coxsackie-Viren und Co. soll die Unwirksamkeit der Polioimpfung vertuscht werden. Einer Impfung, die uns schon nur deswegen nicht schützen kann, weil Polioviren nicht die Ursache der Polioerkrankung sind, sondern nur ihre Folge. Und wenn man dann noch die restlichen Lähmungserkrankungen unter Decknamen wie Myelitis, GBS, SSPE, etc. versteckt, darf man getrost der Nachwelt erzählen, dass die Polioimpfung eine hervorragende medizinische Pionierat war und der Menschheit unermessliches Leid erspart hat.

Die „Wirkung“ der Polio-Impfung

Nachdem wir uns die Nebenwirkungen angesehen haben, nun ein Blick auf die „Wirkung“. Dazu einige Beispiele: Sutter berichtete von einem Polioausbruch, der sich 1988/89 in Oman ereignete. Dabei erkrankten 118 Kinder, die meisten waren jünger als zwei Jahre. Die Durchimpfungsrate betrug mehr als 87 Prozent.⁴⁴ In Albanien kam es Ende August 1996 durch eine Impfkampagne bei Kindern zu 23 Impfpoliofallen bei Erwachsenen, von denen zwei starben. In Israel kam es 1974 und 1976 in einer zu mehr als 90 Prozent durchgeimpften Bevölkerung zu Epidemien. 1988 kam es dort wieder zu 15 Erkrankungsfällen, von denen lediglich vier ungeimpft waren, alle anderen waren geimpft. Fazit der Gesundheitsbehörden auf diesen Ausbruch: Intensivere Impfungen!⁴⁵ Krishan berichtete 1982, dass die Schutzwirkung der Poliospritzimpfung bei Kindern in Indien untersucht würde, da die Schluckimpfung grosse Misserfolge zeigen würde. Die meisten der Geimpften erkrankten trotzdem.⁴⁶ Nachdem Finnland zwei Jahrzehnte frei von Polio war, gab es 1984 einen Ausbruch, bei dem neun Menschen erkrankten, sieben waren geimpft,

zwei ungeimpft⁴⁷ Vor dem Ausbruch 1980 in Taiwan waren 80 Prozent der Kinder geimpft. 83 geimpfte Kinder erkrankten, da nach offiziellen Angaben „der Impfstoff versagt hatte“⁴⁸ Impfstoffversagen war angeblich auch die Ursache des Ausbruches 1986 in Gambia, als 354 Personen trotz hoher Durchimpfungsrate erkrankten.⁴⁹ In Brasilien kam es in den Jahren 1990 bis 1992 zu mehreren Poliofällen. Bei 1662 Personen traten plötzlich polioähnliche Lähmungen auf. Von diesen wurde bei 196 Personen serologisch das Impfpoliovirus identifiziert. Aber kein einziger Fall von Wildpoliovirus wurde gefunden. Laut offiziellen Angaben war ein „typenspezifisches Versagen des Impfstoffes als Ursache wahrscheinlich“.⁵⁰ Zwischen dem 12. Juli 2000 und Februar 2001 wurden in der Dominikanischen Republik 45 Fälle von Polio (akute schlaffe Lähmungen) gemeldet und vier Fälle in Haiti. Im Bulletin des Schweizer BAG vom 18.12.00 lesen wir dazu: „*Beim Virus verantwortlich für diesen Ausbruch handelt es sich um eine ungewöhnliche Variante des oralen Polioimpfvirus, welches, in einem Gebiet mit einer niedrigen Durchimpfungsrate, die Neurovirulenz und Übertragungscharakteristiken von Poliowildvirus Typ 1 zurückertlangt hat.*“ Die meisten seien geimpft gewesen, hieß es. Seltsamerweise gibt es keine genauen Zahlen, weder vom BAG noch vom RKI. Geraten wird natürlich jetzt zu Impfkampagnen, sie wurden auch bereits an drei Tagen in den Monaten Januar bis März 2001 durchgeführt. Laut Angaben des CDC handelte es sich bei den Erregern um ein Virus, das zu 98 Prozent mit jenem Impfvirus identisch war, mit dem die Bevölkerung der Insel 1998 geimpft worden war.⁵¹ Dass alle drei Polioimpfstämme eine Tendenz zeigten, ihre Neurovirulenz zurückzugewinnen, und Polio zu verursachen, weiß man schon seit etlichen Jahren. Von daher ist das Erstaunen der Wissenschaftler auf das Ereignis in der Karibik wohl eher als naiv zu bezeichnen.

Aus der Artenliste der bedrohten Virenarten kann man Polio also getrost streichen! Gott sei es gedankt, bleiben sie uns wegen des Impfens noch erhalten. Sollte nicht doch Dr. Buchwald schlussendlich Recht haben, wenn er sagt, dass wir das Vorkommen der meisten Infektionskrankheiten nur noch dem Impfen zu verdanken haben? Wenn Polio als Krankheit nur noch durch die Impfung selber, oder

durch mutierte Impfviren übertragen wird, sollten dann nicht unsere Gesundheitsbehörden diese Impfempfehlung verbieten, so wie es bei der Pockenimpfung geschehen ist? Der Haken daran ist nur, dass dann niemand mehr etwas an der Polio verdient. Weswegen uns diese Impfung wohl noch eine Weile erhalten bleiben wird.

Die Geschichte der Polio-Impfung

Bereits in den dreissiger Jahren waren Impfversuche mit dem Polioimpfstoff durchgeführt worden, diese wurden auf Nervengewebe von Affen gezüchtet. Es gab starke Nebenwirkungen und auch viele Todesfälle bei diesen Versuchen. 1931 entdeckten Burnet und Macnamara, dass mehr als nur ein Virus für die Krankheit verantwortlich war und dass eine Immunität gegen ein Virus nicht auch automatisch die Immunität gegen die anderen beiden Polioviren bedeutete. Im Jahr 1946 begann in Pearl River (New York) der Forscher Hilary Koprowski bei dem Pharmaproduzenten Lederle Laboratories mit den Arbeiten an einem Lebendimpfstoff gegen Polio. Er veröffentlichte 1952 den ersten Bericht über die Anwendung einer abgeschwächten Lebendimpfung mit dem Poliovirus. Ein anderer Forscher aber war schneller, und sein Name solle schlussendlich in die Geschichte eingehen: Der Bakteriologe Jonas Salk. Er hatte gerade einen Grippeimpfstoff entwickelt und machte sich nun voller Elan an die Erforschung zur Polio. 1955 wurde der erste Spritzimpfstoff gegen Polio, der alle 3 Polioviren enthielt, zugelassen. Salk entwickelte einen Adsorbat-Impfstoff mit Formaldehyd-inaktivierten Poliomyelitisviren der Typen I, II und III auf Affennieren-Zellkulturen.⁵² Der Kinderarzt Dr. John Enders aus Boston erhielt 1954 zusammen mit den Ärzten Weller und Robbins den Nobelpreis für Medizin für die „Entdeckung der Fähigkeit des Poliomyelitis-Virus in Kulturen verschiedener Gewebstypen zu wachsen.“⁵³

Viele tausend Tiere mussten ihr Leben lassen, bis man schon nur festgestellt hatte, welche Tierart man zur „Produktion“ des Impfstoffes benötigte. Die Entdeckung von Enders führte schlussendlich dazu, dass im ganz grossen Stil Affen eingefangen und unter unglaublichen Transportbedingungen in die Labors gebracht wurden. Was dort weiter mit ihnen geschah und bis zum heutigen Tag geschieht, ist eine

Schande für die gesamte Menschheit. Indien verbot 1955 die Ausfuhr von Rhesusaffen, weil die Tiere dort vom Aussterben bedroht waren wegen der Fangmethoden der Labors. Doch unsere Forscher und Wissenschaftler verlegten daraufhin die Jagd nach den armen Tieren auf Hinterindien und andere Teile des Globus, auf denen sie noch lebten.⁵⁴

In einem Grossversuch wurden in den USA vom 1. Mai bis zum 1. Dezember 1954 1'874'916 Kinder der 1. bis 3. Schulklassen mit dem Impfstoff geimpft, der von der Connaught Lab. in Toronto hergestellt wurde. Die Leitung des Versuchs hatte Thomas Francis. Am 12. April 1955 wurden die Ergebnisse im sogenannten Francis-Bericht veröffentlicht. Es gab 57 Fälle von Polio auf 100000 geimpfte und 54 Fälle von Polio auf 100000 ungeimpfte Kinder. 90 Kinder wurden nicht in die Studie mit einbezogen, weil sie innerhalb drei Wochen nach der Polioimpfung an Polio erkrankten. Wenn man die Zahlen genau anschaut, dann ist nicht ersichtlich, warum diese Feldstudie als grosser Erfolg gefeiert wurde⁵⁵ Dies war dennoch der Startschuss für eine gross angelegte Polioimpfkampagne.

Im April 1955 erhielten sechs pharmazeutische Firmen Lizenzen für die Produktion von Polio-Spritzimpfstoff. In ihrer Gier, hier auf eine schnelle Art viel Geld zu verdienen, entstand dann das sogenannte Cutter-Unglück. Das Pharma-Unternehmen Cutter Laboratories hatte den Impfstoff nicht genügend inaktiviert. Das heisst, dass die Geimpften mehr oder weniger durch die Impfung mit Polio infiziert wurden. Vom 25. April bis Ende Juni 1955 bekamen 94 Babys, 126 ihrer Eltern und weitere 40 Kontaktpersonen der Geimpften Polio⁵⁶ Als Konsequenz darauf stellte man die Impfungen ein, sie wurden aber zwei Wochen später wieder aufgenommen!

Ende 1957 wurde im Osten von Belgisch Kongo und vermehrt anfangs 1958 in Ruanda-Urundi die erste Massenimpfung der Welt mit lebendem Polio-Impfstoff durchgeführt. Wenige Monate später wurde der gleiche Impfstoff in Leopoldsville eingesetzt. Fast unmittelbar darauf tauchten verschmutzte (kontaminierte) Viren auf und Hilary Koprowski, der „Architekt“ dieses Impfstoffes gab auch freimütig zu: „Wenn jemand tatsächlich den lebenden Virus-Impfstoff untersucht hätte, hätte er in all den gegenwärtig verfügbaren Präpa-

raten auf jeden Fall auch ein Nicht-Poliovirus finden müssen". Seit 1956 wurde ebenfalls ein Impfstoff von Albert Sabin „getestet“. Sabin, ein Bakteriologe wie Salk, arbeitete an einem Lebendvirusimpfstoff. 1961 wurde dieser Impfstoff, die sogenannte „Schluckimpfung“ monovalent, und 1963 trivalent (alle 3 Polioviren enthaltend) in den USA erstmalig zugelassen.⁵⁷ Der Impfstoff wurde 1959 in einem Grossfeldversuch in der UdSSR an einer nichtsahnenden Bevölkerung getestet. Erst als diese Ergebnisse vorlagen, wurde er in den USA zugelassen.⁵⁸

Vielleicht sei an dieser Stelle ein Hinweis angebracht, was es heisst, einen Impfstoff zu testen. Es wäre ja schon schlimm genug, wenn die Impfstoffe nur in den Labors an unschuldigen Tieren gezüchtet würden. In den fünfziger und sechziger Jahren wurden diese Stoffe allerdings auch in den USA an Kindern in Heimen, besonders an geistig- und körperlich behinderten Kindern ausprobiert. Heute machen es die Wissenschaftler subtiler, man fährt mit den Impfstoffen nach Afrika. Dort kann sich die Bevölkerung nicht wehren und wegen der hohen Kindersterblichkeit fällt es auch weiter nicht auf, wenn die Kinder reihenweise sterben.

SV40-Viren

Im Jahr 1959 kam von Albert Sabin die Meldung, dass ein unbekanntes Affenvirus den Impfstoff von Hilary Koprowski verunreinigt habe, woraufhin die Impfungen mit diesem Impfstoff eingestellt wurden.⁵⁹ Jetzt gab es also einen Konkurrenten weniger. Auf dem „Polioimpfstoff-Mark“ tummelten sich nur noch Albert Sabin und Jonas Salk, und das ist bis heute auch so geblieben. Bereits 1955 war festgestellt worden, dass Affen Träger einer grossen Anzahl von Viren und sonstiger viralen Erreger sind. 1960 fanden die Forscher Hilleman und Sweet in Affennieren-Zellkulturen Viren und nannten sie Simian-Viren ("S" = simia = Affe und "V" = Viren).⁶⁰ Sie wurden in 4 Gruppen klassifiziert. 28 dieser Viren wurden in serologische Typen eingeteilt und zusätzlich wurden noch 24 identifizierte Viren verzeichnet. Eines dieser Viren war einzigartig, weil es keine Veränderungen auf den Affennieren-Zellkulturen selber zeigte, wohl aber auf Zellkulturen anderer Arten, auf denen es wuchs. Das Virus wurde von

McCleland bei Sicherheitstests mit Impfstoffen entdeckt und SV40-Virus genannt. Ungefähr zur gleichen Zeit wurde ein anderes Virus bei den Affen im Labor isoliert, die Schnupfen hatten. Man nannte es Respiratory-Syncytial (RS-) Virus. Waren diese RS-Viren in den Impfstoffen enthalten, so verursachten sie bei den geimpften Babys und kleinen Kindern Infektionen der Atemwege. Bald breiteten sich diese tierischen Viren aus und wurden in Fällen normaler Erkältung auch bei Erwachsenen aufgefunden⁶¹ Heute ist den meisten Ärzten diese Tatsache nicht bekannt. Deshalb erstaunt es auch nicht, dass seit wenigen Jahren eine RS-Impfung bei Kindern, vor allem bei Frühgebürtigen empfohlen wird, da laut Hersteller dieses Impfstoffes „fast alle Kinder in den ersten 12 Lebensmonaten mit RS-Viren infiziert“ werden.⁶² Die Kinder werden also durch die Polioimpfung krank gemacht um dann mit einem anderen Impfstoff wieder „geschützt“ zu werden! Und wieder sind es die Ärzte, die von der Pharma unwillentlich vom Opfer zum Täter wurden. Seit 1960 wurde die Herstellung SV40-freier Impfstoffe gefordert, doch fanden sich auch in nach 1964 geborenen und getesteten Kindern SV40-Antikörper. 1962 stellten verschiedene Forscher fest, dass das SV40-Virus bei Hamstern Tumore erzeugt, und nicht nur bei Tieren. Sie bewiesen, dass es durch Injektionen des Poliospritzimpfstoffes auch beim Menschen Krebs erzeugt.⁶³ Ebenfalls wurden in menschlichen Nierengewebekulturen anormales Wachstum, stark beschleunigte Wachstumsrate und chromosmale Abweichungen festgestellt, sowie Veränderungen der Haut- und Mundschleimhaut und sich schnell vermehrende mehrgestaltige Zellen im Schilddrüsengewebe.⁶⁴ Die Forscherin Eddy belegte 1962 die Vermehrung des SV40 in menschlichen Krebszellenkulturen eindeutiger Abstammung.⁶⁵

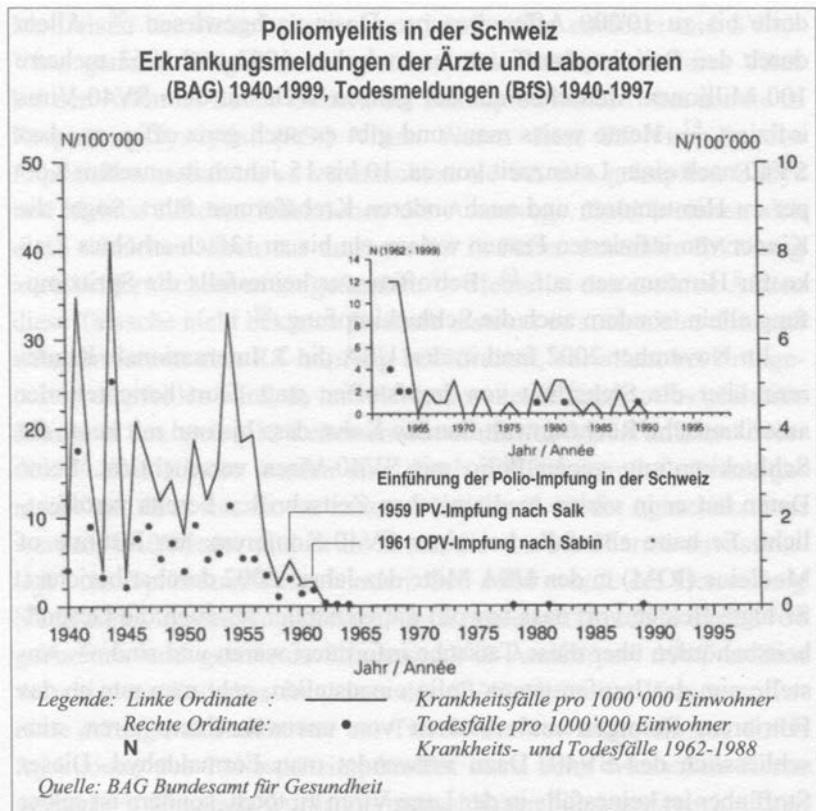
Dieses Problem der verunreinigten Impfstoffe haben wir heute noch genauso wie vor 50 Jahren, denn das Herstellungsverfahren garantiert praktisch die Verunreinigung durch fremde Viren, denn diese können nicht abgetötet werden, ohne dass - in diesem Fall - das Poliovirus auch zerstört und damit der Impfstoff unbrauchbar geworden ist. So durfte denn auch in den USA Polioimpfstoff auch dann noch in den Verkauf gelangen, wenn 100 Fremdviren pro Impfdosis nachweisbar waren. Noch 1976 wurden im Polioimpfstoff der Firma Le-

derle bis zu 10000 Affenviren pro Dosis nachgewiesen.⁶⁶ Allein durch den Polioimpfstoff wurden zwischen 1953 und 1963 mehrere 100 Millionen Menschen auf der ganzen Welt mit dem SV40-Virus infiziert.⁶⁷ Heute weiss man, und gibt es auch ganz offen zu, dass SV40 nach einer Latenzzeit von ca. 10 bis 15 Jahren in unserem Körper zu Hirntumoren und auch anderen Krebsformen fuht. Sogar die Kinder von infizierten Frauen weisen ein bis zu 13fach erhöhtes Risiko für Hirntumoren auf.⁶⁸ Betroffen war keinesfalls die Spritzimpfung allein, sondern auch die Schluckimpfung.⁶⁹

Im November 2002 fand in den USA die 3. Internationale Konferenz über die Sicherheit von Impfstoffen statt. Dort berichtete der amerikanische Rechtsanwalt Stanley Kobs, dass bis und mit heute die Schluckimpfung gegen Polio mit SV40-Viren verseucht ist. Seine Daten hat er in vielen medizinischen Zeitschriften bereits veröffentlicht. Er hatte ebenfalls bei einer SV40-Konferenz am Institute of Medicine (IOM) in den USA Mitte des Jahres 2002 darüber berichtet. Er legte Belege vor, dass sowohl die Hersteller als auch die Gesundheitsbehörden über diese Tatsache informiert waren und sind.⁷⁰ Anstelle nun das Impfen gegen Polio einzustellen, geht man nun an das Filtrieren, Reinigen und Abtöten von unerwünschten Viren, einschliesslich des SV40. Dazu verwendet man Formaldehyd. Dieser Stoff aber ist keinesfalls in der Lage Viren zu töten, sondern ist selber von verschiedenen Gesundheitsbehörden als krebserregend eingestuft worden. Begeben wir uns hier vom Regen in die Traufe?

Im Jahr 1959 wurde die Spritzimpfung nach Salk (IPV) in der Schweiz eingeführt und 1961 die Schluckimpfung nach Sabin (OPV). Wie wir anhand der Graphik auf der Seite 328 unschwer erkennen können, war die Einführung dieser Impfung dringend nötig! Denn wenn unsere obersten Gesundheitsbehörden sie nur fünf Jahre später eingeführt hätten, wäre die Polio nämlich von selber verschwunden gewesen und man könnte jetzt nicht hochoffiziell verkünden, die Befreiung der Eidgenossen von diesem Übel sei unseren Medizinerkreisen zu verdanken.

Hier einige Beispiele über die Auswirkungen dieser Impfung in anderen Ländern: In England wurde die Schluckimpfung 1956 eingeführt, die meisten Todesfälle und höchsten Neuerkrankungsfälle aber

**Bild 26**

Auch ohne Impfung wäre die Polio von selber zurückgegangen.

gab es vor 1950. Bis 1956 kam es ohne jede Impfung bereits zu einem 82%igen Rückgang der Erkrankungs- und Todeszahlen.⁷¹ In Israel waren 1958 während einer Polioepidemie unterschiedslos Geimpfte wie Ungeimpfte betroffen.⁷² In Frankreich wurde die Impfung 1956 eingeführt, nach mehr als 3 Jahren Massenimpfung war die Zahl der Erkrankten noch nicht einmal auf die von 1956, vor jeder Impfung, zurückgegangen. Die Zahlen an Erkrankungen waren nach dem Hoch von 1948 langsam und regelmässig gesunken. Die Impfung jedoch störte das Bild und man musste jetzt, sechs Jahre (bis 1962) warten, um das Niveau von 1956 zu erreichen.⁷³ In Kanada fing man 1955 mit dem Impfen an. Doch 1959, als mehr als 20 Milli-



Bild 27

Anhand der obigen Daten ist ersichtlich, dass in Deutschland die Polioimpfung nicht für den Rückgang der Poliomyelitisfälle verantwortlich zu machen ist. Im Gegenteil, nach Beginn der Impfungen stiegen die Todesfälle erst wieder an, bevor sich die Seuchensituation beruhigte.

onen Dosen des Impfstoffes verabreicht worden waren, gab es ein plötzliches Wiederaufflammen der Polio: Es gab fünfmal soviel Fälle und Tote wie vor der Impfung.⁷⁴ Als 1961 in Deutschland mit der OPV-Impfung (Schluckimpfung) nach Sabin begonnen wurde, siehe die Grafik auf dieser Seite, betrug die Todesrate an Poliomyelitis nur fünf Prozent derjenigen von 1949. Hier kann man beim besten Willen nicht davon sprechen, dass die Impfung die Krankheit zurückgedrängt hätte. Es ist daher absolut unverständlich, dass, obwohl die offiziellen Zahlen eine völlig andere Sprache sprechen, von Impfbeürworterseite immer wieder die Impfungen für den Rückgang, bzw. die Elimination von Krankheiten verantwortlich gemacht werden.

Brasilien führte die Impfung 1956 ein. Bis anhin gab es in Rio de Janeiro etwa 80 Poliofälle pro Jahr. Es war eine gutartige Krankheit, die selten zu Lähmungen führte. Doch nach Einführung der Impfung stieg die Erkrankungshäufigkeit auf 700 pro Jahr, wobei es zahlreiche Fälle von Lähmungen der Atmungswege gab. Dr. Sabin wurde herbeizitiert. Doch trotz seiner beruhigenden Worte stieg die Zahl der Poliofälle auf 1200 an.⁷⁵

Polioepidemie in Holland

Wenn es darum geht, impfunwillige Eltern bei der Stange zu halten, erzählt man ihnen immer wieder gerne von den fürchterlichen Polioepidemien aus Holland, wo selbstverständlich nur gänzlich Ungeimpfte erkrankten. Mit ein Grund, diese Epidemien etwas näher unter die Lupe zu nehmen.

1978 trat in den Niederlanden eine Polioepidemie auf, die sich laut offiziellen Angaben auf eine religiöse Gruppe beschränkte, die die Impfung verweigerten. Gleichzeitig wurde aber erklärt, dass diese Gruppe aus etwa 500'000 Mitgliedern bestehe, wovon lediglich 65'000 nicht geimpft waren. Auch gab es in der gleichen Gegend zu-sätzliche 400'000 nicht geimpfte Kinder, die nicht der religiösen Gruppe angehörten, und von denen keines erkrankte. In der Studie von Schaap⁷⁶ sieht man, dass während der Polioausbrüche zwischen 1971 und 1975 die Bevölkerungspopulation mit der Impfrate von 100% die höchsten Zahlen von Polio-Erkrankungen hatten. Rimke veröffentlichte 1995 Zahlen von den Ausbrüchen in den Jahren 1978 und 1992. Es erkrankten 557 Menschen durch den Polioimpfstoff, nur acht Prozent der Erkrankungen entstanden durch das Wildvirus.

Vom 17. September bis zum 9. Oktober 1992 kam es in Holland erneut zu einem Polioausbruch. Hier zeigt sich ganz deutlich, wie voreingenommen die Impfbefürworter sind. Denn am 3.10.1992 veröffentlichte die *Lancet* einen Bericht über diese Epidemie. Am 30. September hatte es Meldungen über paralytische Polio bei zwei Personen gegeben, die einer Sekte angehörten, welche Impfungen ablehnten. Nach Untersuchungen stellte man fest, dass 20 Prozent der Schüler, die die Schule zusammen mit diesen beiden Erkrankten besuchten, Virusträger waren. In dem Bericht der *Lancet* heißt es wörtlich: „Die holländischen Behörden sind davon überzeugt, dass einige 100 Personen angesteckt worden sind.“ Doch am 16. Oktober 1992 berichtete das *MMWR*, dass es nur insgesamt fünf Fälle von Polio gegeben hatte, von denen zwei geimpft waren. Die drei nichtgeimpften Erkrankten waren nicht Mitglieder der Sekte. Bei allen fünf Erkrankten konnte das Poliovirus III isoliert werden. Dies ist in der Regel ein Hinweis auf ein Vorliegen eines Polio-Impfstoffvirus. Vermutlich waren es in diesem Fall die beiden geimpften Mitglieder der

religiösen Glaubensgemeinschaft, die das Virus ausgeschieden und so die Nichtgeimpften angesteckt hatten. Hier zeigt sich wieder ganz deutlich, wo mehr als 20 Prozent Träger des Virus waren, aber trotzdem nicht erkrankten, dass andere Faktoren als Mikroben für unseren Gesundheitszustand verantwortlich sein müssen.

Bei der religiösen Gruppe, bzw. Sekte in Holland, von der immer wieder die Rede ist, handelt es sich übrigens um eine Gruppe orthodoxer Calvinisten. Sie wohnen in dem sogenannten „Bibel-Belt“, der sich quer durch Holland zieht, und lehnen unter anderem Impfungen ab. Wie froh muss doch eine Gesundheitsbehörde um solche Bürger sein, denen man immer wieder alle möglichen und unmöglichen Ausbrüche von Infektionskrankheiten in die Schuhe schieben kann. Sie sind ja scheinbar nicht nur für die Polio- sondern auch für schlimme Masernausbrüche verantwortlich.

WHO-Definition von Polio

Alle Impfbefürworter verbreiten die frohe Botschaft, dass seit Einführung des Polioimpfstoffes diese Krankheit einen rapiden Rückgang verzeichnet hat. Nicht nur, dass sämtliche Graphiken aus allen Ländern mit Polio im Gegenteil beweisen, dass diese Erkrankung schon vor Einführung der Impfung als Seuche bedeutungslos geworden war, spielt noch eine andere, ganz wichtige Massnahme eine Rolle. Bis zum Jahr 1954 wurden laut einer WHO-Definition alle krankheitstypischen Lähmungen während zweier Untersuchungen, die mindestens 24 Stunden auseinander liegen mussten, als Polio definiert. Es gab keine dazu notwendigen Laboruntersuchungen, keine Restsymptome waren erforderlich. Seit 1957 nun nimmt die WHO in ihrer Statistik nur die paralytische Form der Polio auf, während vorher alle Formen der Lähmung als Polio zählten. Verdachtsfälle auf Polio wurde ebenfalls mit in die Statistik aufgenommen. Neu müssen jetzt Untersuchungen nach 10 bis 20 und 50 bis 70 Tagen gemacht werden. Nur die Patienten, die länger als 60 Tage Lähmungen haben, gehen in die Poliostatistik ein.⁷⁷ Dadurch lässt sich der Anschein eines Rückganges der Fälle erwecken, was aber lediglich auf einem statistischen Trick beruht. Hier noch ein Beispiel aus Österreich, wie man durch andere Diagnosen die Zahl der Poliofälle reduziert: Liefen diese

Krankheiten früher alle unter Polio, werden sie heute unter AFP (acute flaccid paralysis = akute schlaffe Lähmungen) aufgeteilt.⁷⁸ Prof. Greenberg aus den USA berichtete, dass „. . . bei den relativ seltenen Fällen, wo ein geimpftes Kind doch noch an Polio erkrankte, eine ganze Reihe genauerer Untersuchungen durchgeführt wurden, um jeden Irrtum auszuschliessen, während die Untersuchung nur summarisch ausfiel, wenn es sich um ein nicht geimpftes Kind handelte.“ Diese Vorgehensweise ist noch heute üblich.⁷⁹

Die Angst in Afrika vor der Polioimpfung

Mit einer Schluckimpfung(!) will die WHO mehr als 60 Millionen Kinder in Westafrika gegen Polio impfen. Vier der insgesamt zwölf nördlichen Gliedstaaten in Nigeria, die seit 1999 das islamische Strafrecht eingeführt haben, blockieren die Impfkampagne auf ihrem Gebiet. Nigerianische Wissenschaftler wollen Hormone in der Schluckimpfung festgestellt haben, welche die Fruchtbarkeit der Geimpften beeinträchtigen könnten. Der Vorsitzende des Obersten Scharia-Rates ist der Arzt Ibrahim Datti Ahmed. Weil er sich gegen die Impfung ausgesprochen hatte, wollte ihm der nigerianische Ärzteverband die Lizenz entziehen. Datti Ahmed erklärte gegenüber der BBC, dass der Impfstoff Teil eines Komplotts sei, mit dem die USA die Entwicklungsländer entvölkern wollten. Und der Gouverneur von Kanoo, Ibrahim Shekarau sagte der Nachrichtenagentur AP, ein paar Kinder an die Kinderlähmung zu verlieren, sei das kleinere Übel, als Hunderttausende oder gar Millionen von Mädchen wahrscheinlich unfruchtbar zu machen.⁸⁰

In den Medien wird jetzt von Aberglauben und Voodoo-Zauber gesprochen, um das Ganze ins Lächerliche zu ziehen. Dabei ist seit langem bekannt, dass die WHO bewusst Impfstoffe in den Entwicklungsländern einsetzt, die mit HCG (human chorionic gondotropine) kombiniert sind. Dieses HCG im Impfstoff bewirkt, dass die Frauen HCG-Antikörper bilden, die jedes Mal eine spontane Fehlgeburt verursachen, sobald die Frau schwanger wird. Vor allem in Uganda und auf den Philippinen wurden Tetanusimpfstoffe mit HCG eingesetzt, (siehe Details dazu im Kapitel Tetanus). In der Zwischenzeit hat sich bestätigt, dass diese Impfstoffe tatsächlich kontaminiert sind.

Zukunftsaußichten

In England ist im Oktober 2000 der Polio-Impfstoff der Firma „Medeva“ zurückgezogen worden. Irland hat seine Verwendung auch vorsorglich eingestellt. Die Behörden teilten mit, dass Medeva unter Missachtung der seit 1989 bestehenden Anti-BSE-Massnahmen Bestandteile von Kälberföten verwendete. Dieser Impfstoff ist nach Presseberichten ca. 35 Millionen Mal verabreicht worden. Das sind ein Drittel aller Polioschluckimpfungen.⁸¹

US-Forschern ist es gelungen, im Reagenzglas Polioviren ohne Hilfe von Zellen, sondern nur mit chemischen und biochemischen Hilfsmitteln anhand des genetischen Bauplans nachzubauen. Diesen „Forschungserfolg“ können die Forscher um den deutschen Wissenschaftler Prof. Eckard Wimmer von der New York University in Stony Brook für sich verbuchen. Das synthetische Virus soll dem „Original“ sehr ähnlich sein und Tiere lähmen oder sogar töten, wenn auch weniger effektiv als das „natürliche Virus“. ⁸²

Die Wissenschaft jubelt und feiert ihren Erfolg auf dem Rücken der Menschheit. Ist es tatsächlich möglich, dass man als Forscher derart den Blick für die Realität verlieren kann? Oder sitzen unsere Wissenschaftler schon selbst hinter dem geschützten Reagenzglas, abgeschottet und isoliert, fernab der Wirklichkeit und nicht mehr fähig, den profanen Alltag zu realisieren? Man sollte Dr. Mendelsohn's Ratschlag beherzigen, der nach wie vor nicht an Gültigkeit verloren hat: „*Kurzum, es hat den Anschein, dass Sie Ihr Kind vor Polio am besten schützen können, indem Sie es vor der Impfung bewahren!*“⁸³

¹ Heine J., Beobachtungen über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung, Stuttgart Köhler, 1840

² West C., London Med Gazette 32:829-836, 1843

³ F. Rilliet, Gaz Med Paris 6:681-703, 1851

⁴ Medin O., Verh Int Med Kongr 2 Abt 6:37, 1891

⁵ Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition 1999

⁶ Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition 1999

⁷ Duesberg P., Inventing the AIDS-Virus, 1996

⁸ Emerson HC, Boston, M & S.F. 151:115-119, July 22, 1909

- ⁹ Wickman II, Nerv & Ment Dis, Monograph Series, 16:101, 1913
- ¹⁰ Knapp AC., JAMA, 57:635-639, Aug. 26, 1926
- ¹¹ Rosenow EC., J Infect Dis 10:377-45, May - June 1932
- ¹² Biskind M et al, American Journal of Psychotherapie (1949), p.261, und Hayes W., Laws E., Handbook of Pesticide Toxicology, Academic Press Inc, San Diego 1991, 3 volumes
- ¹³ Biskind M et al, American Journal of Psychotherapie (1949), p.261, und Hayes W., Laws E., Handbook of Pesticide Toxicology, Academic Press Inc, San Diego 1991, 3 volumes
- ¹⁴ Rea W J., The environmental aspects of post-polio-syndrom, Birth Defects Orig Artie Ser, 1987; 23(4): 173-181
- ¹⁵ Scobey R., Science 1954, v 51, pi 17
- ¹⁶ Dresden P, G W van der Weil & Co, Arnhem 1949, p. 49
- ¹ Biskind M et al, American Journal of Psychotherapie (1949), p.261, und Hayes W., Laws E., Handbook of Pesticide Toxicology, Academic Press Inc, San Diego 1991, 3 volumes
- ¹⁸ Dr. Jean Pilette, "Nous te protégerons! - La Poliomyélite.. Quel vaccin? Quel risque?"
- ¹⁹ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 3. Aufl., 1997
- ²⁰ Sandler B., Vollwerternährung schützt vor Virusinfektionen, emu-Verlag, 7. Aufl., 2001
- ²¹ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 3. Aufl., 1997
- ²² McCloskey BP., 1950, Lancet; 18. April: 659-663
- ²³ Ehrengut W., Acta Paed Japon 1997; 39:658-662
- ²⁴ Paffenberger RS., 1957, Am J Hyg; 66:131-150
- ²⁵ Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, 10/2000
- ²⁶ Wild St., Praxisleitfaden zur Impfentscheidung, 2000
- ²⁷ BAG Bulletin, 14/2000
- ²⁸ Schneeweiss B., Impfungen ganz praktisch, Uni-Med 2002, S. 65
- ²⁹ Strobel P., et al, Clinical Infectious Diseases, Febr. 1992, 568-579
- ³⁰ Schmitt HP., Schutzimpfungen 2003, Infomed Verlag
- ³¹ Stern extra, Kampf gegen die Kinderlähmung, 2001, eine Aktion mit Unterstützung von Stern und Aventis
- ³² arznei-telegogramm, 23.11.1999
- ³³ mündliche Auskunft von Dr. G. Buchwald, Aug. 2002
- ³⁴ Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer Verlag, 2000
- ³⁵ Quast U, Impfreaktionen, Hippokrates Verlag, 1993
- ³⁶ WHO Consultive Group, Bull WHO; 60:231-242
- ³ Scheibner V., Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod, Hirthammer Verlag, 2000
- ³⁸ Baguley DM., et al, 1973, Lancet, 6. Oktober : 763-765
- ³⁹ Wolff A, Orton ST., Bull Neurol Inst NY, 2:194-209, July 1932
- ⁴⁰ Olive JM, et al, J Infect Dis 175, 160-184, 1997
- ⁴¹ Bruno R., Director of Fatigue Management Programs and The Post-Polio Institute at Englewood (NJ) Hospital and Medical Center, 24.6.2002
- ⁴² Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Hahn et al., Springer, 4. Aufl., 2001

- ⁴³ Scobey RR., Science V51, p 117, 1954
- ⁴⁴ Sero-Merieux, Wien, Polio Salk „Sero“, 7/92
- ⁴⁵ Slater PE., et al, Lancet 19. Mai 1990, 1192-1198
- ⁴⁶ Krishnan R., et al, Br med J; 16. Jan., 164, 1982
- ⁴⁷ Hovi T., et al, 1986, Lancet 21. Juni, 1427-1432
- ⁴⁸ Kim-Farley RJ., et al, 1984, Lancet 8. Dez., 1322-1324
- ⁴⁹ Sero-Merieux, Wien, Polio Salk „Sero“, 7/92
- ⁵⁰ Sero-Merieux, Wien, Polio Salk „Sero“, 7/92
- ⁵¹ NZZ 10.7.02, Artikel von Feldmeier H.
- ⁵² Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition, 1999
- ⁵³ Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition, 1999
- ⁵⁴ Buchwald G., Impfen das Geschäft mit der Angst, Knaur Verlag 1997
- ⁵⁵ Beale A., Paris, Elsevier 1996, 221-227
- ⁵⁶ Nathanson N., et al, 1955 und 1964, Am J Hyg, 78
- ⁵⁷ Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition, 1999
- ⁵⁸ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
- ⁵⁹ Vaccines, Plotkin & Orenstein, Saunders Press, 3rd Edition, 1999
- ⁶⁰ Hillemann M, Sweet B., Proc Soc Exp Biol Med; 1960, 105, 420-427
- ⁶¹ Morris JA., et al, Proc Soc Exp Biol Med; 92, 544-549
- ⁶² Abbott AG, CH-Baar, Hersteller des Impfstoffes Synagis gegen RS-Viren
- ⁶³ Rabson AS., et al, 1962, J Nat Cancer Inst; 29: 765-787, und Fraumeni JF., et al, 1963, J Am Med Ass ; 185(9) : 713-718
- ⁶⁴ Koprowsky H., et al, 1962, J cell Comp Physiol; 59 :281-292
- ⁶⁵ Eddy BE., et al, 1962; Virology; 17:65-75
- ⁶⁶ Kyle WS., et al, Lancet 1992, 339:600-601
- ⁶⁷ Shah K., et al, Am J Epidemiol 1976; 103: 1-12
- ⁶⁸ Rosa EW., et al, New England J Med 1988, 319: 1226
- ⁶⁹ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
- ⁷⁰ NVIC, Media Release, 8.11.2002
- ⁷¹ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 1993, S. 133
- ⁷² Ramon G., Institut Pasteur, Schreiben an Akademie der Wissenschaften, 2.5.1960
- ⁷³ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 1993,
- ⁷⁴ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 1993,
- ⁷⁵ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag, 1993,
- ⁷⁶ Shaap GJP., et al, 1984, Progr Med Virol; 29: 124-140
- ⁷⁷ WHO, Intensive Immunisation Programs, Hearings 1962
- ⁷⁸ Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, 10/2000
- ⁷⁹ zitiert in: Louis Pollen „Pourquoi ils ne seront pas vaccinés?“
- ⁸⁰ Neue Zürcher Zeitung, NZZ 27.2.2004
- ⁸¹ dpa, 20. und 21.10.2000
- ⁸² Cello J., Paul A.V., Wimmer E., 2002, Science express-online
- ⁸³ Mendelsohn R., Wie ihr Kind gesund auf wachsen kann, auch ohne Doktor, Mahajiva Verlag

Röteln

Kann die Impfung gegen Röteln eine Rötelnembryopathie verhindern?

Die Weltgesundheitsorganisation hat 1974 zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten das weltweite Impfprogramm „Expanded Programme on Immunisation“ (EPI) ins Leben gerufen. In der Schweiz wird von der SKIF (Schweizerische Kommission für Impffragen) ein Impfprogramm in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation und in Anlehnung an die Ziele der WHO gestaltet. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln ist bei uns seit 1969 verfügbar. Die Rötelnimpfung für Mädchen wurde 1973 in den Routineimpfplan aufgenommen, die Masernimpfung 1976, die Mumpsimpfung 1981 und die kombinierte MMR-Impfung 1985. Bereits 1996 hat man auch im BAG zur Kenntnis nehmen müssen, dass die MMR-Impfung keinen Schutz verleiht. Anstatt sie einzustellen, wird seit damals jedoch eine zweite MMR-Dosis empfohlen. Wann wird wohl mit der Einführung einer dritten Dosis zu rechnen sein?

Röteln sind im wahrsten Sinne des Wortes eine harmlose Kinderkrankheit. Vor Einführung der Rötelnimpfung waren es in der Mehrzahl die sechs- bis zehnjährigen, die erkrankten. Heute trifft dies nicht mehr zu, da durch das Impfen das Risiko einer Erkrankung vor allem im ersten Lebensjahr, sowie im Jugendlichen- und Erwachsenenalter auftritt.¹ Dies ist keineswegs durch eine „Schutzwirkung“ der Impfung zu verstehen, sondern vielmehr wird der Gesamtorganismus nachhaltig geschwächt und reaktionsunfähig gemacht, so dass er nicht einmal die Kraft aufbringt, durch eine Krankheit einen besseren Interimszustand zu schaffen.² Hierfür verantwortlich sind in erster Linie die jungen gegen Röteln geimpften Mütter, die nicht mehr in der Lage sind, während der Schwangerschaft und der Stillzeit schützende Antikörper an ihr Kind weiterzugeben. Durch diesen Nestschutz wäre das Kind aber vor allem im ersten Lebensjahr vor der Krankheit geschützt.³ Der fehlende Nestschutz wird auch von unseren Wissenschaftlern und Ärzten mit Sorge betrachtet. Alle sieben Jahre treten ungehindert der Durchimpfungsrate auch heute noch

Rötelnepidemien auf.

Von der heutigen Medizin wird das Rötelnvirus als RNS-Virus der Gattung Rubiviren aus der Familie der Togaviren bezeichnet. Nach einer Inkubationszeit von 14 bis 21 Tagen, so lehrt es uns die Wissenschaft, treten die ersten Symptome auf. In aller Regel zeigt sich die Krankheit mit leichtem Fieber, einer Lymphknotenschwellung im Nacken und hinter den Ohren, sowie mit einem feinfleckigen, hellroten, teils juckenden Hauthausschlag. Der Ausschlag tritt zuerst hinter den Ohren auf, dann auf Gesicht, Hals, Rumpf (Rücken) und den Extremitäten. Nach ca. zwei bis drei Tagen verschwindet er wieder. Über die Hälfte der Erkrankungen verlaufen ohne Exanthem (Ausschlag) so dass sie nicht erkannt werden. Die heute gängige Medizin kennt keine spezifische Behandlungstherapie, sie ist allerdings wegen der geringen Symptome meist auch nicht erforderlich.

Komplikationen bei Röteln sind äusserst selten. Es können bei Erwachsenen, besonders bei jungen Frauen, gelegentlich eine Arthritis der Knie- und Fingergelenke auftreten. Sehr seltene Komplikationen sind eine Thrombozytopenie (Hautblutung durch Blutplättchenmangel) oder Enzephalitis und gelegentlich Sekundärinfektionen wie Angina und Bronchopneumonie. Bei starkem Juckreiz helfen kalte Waschungen oder ein kühles Bad mit Zusatz von Kleie, Molke oder Kamillenabsud. Zur besseren Durchblutung und um das allgemeine Wohl zu stärken, sollte man unbedingt öfters Fussbäder machen. Sollten Komplikationen irgendwelcher Art auftreten, so sollte man einen klassischen Homöopathen hinzuziehen. Er kann hier in jedem Fall eine wirksame Hilfe sein.

Rötelnembryopathie

Schwerwiegende Folgen kann die Rötelerkrankung in der Frühschwangerschaft wegen der Infektion des Ungeborenen haben. In den ersten 17 Schwangerschaftswochen kann sie entweder zum Fruchttod (Spontanabort), zur Frühgeburt oder zu einem CRS (Congenital rubella syndrom) führen. Im Stadium der Organogenese (wenn die inneren Organe der Kinder gebildet werden) können Schäden, bzw. Defekte an Herz, Auge, Ohr, Gehirn entstehen - das sogenannte Gregg-Syndrom - oder es kann zu Entwicklungsverzögerungen kom-

men. Kinder, die mit einer Rötelnembryopathie geboren werden, scheiden das Rötelnvirus aus dem Atemtrakt und über den Urin bis zu einem Alter von zwei Jahren aus.⁴

Was ist es nun, das diese Schäden am Embryo verursacht? Wieso kann es eine derartige Entwicklungsstörung des Embryos während der Embryonalperiode bewirken? Diesen Fragen scheint man nicht zur Gänze nachgegangen zu sein, denn es findet sich keine Erklärung hierfür. Im englischen Sprachraum benutzt man ein Akronym, um die Ursache dieser Schädigung zu erklären: TORCH

T - Toxoplasmose

O - Other (andere) Viren wie Windpocken, Masern, Mumps, etc.

R - Röteln (rubella)

C - Cytomegalovirus (Speicheldrüsenviruserkrankung)

H - Herpes simplex

Das heisst nichts anderes, als das alle Viren in der Lage sind, ein Embryo zu schädigen. Viren entziehen dem Körper Vitamin A. Es gibt Studien die belegen, dass wenn man gesunden trächtigen Hunden ein Futter mit einem extrem geringen Vitamin A-Gehalt verfüttert, werden die jungen Hunde, obwohl keine Virenerkrankung vorlag, mit einem Torch-Syndrom, d.h. mit einer sogenannten Rötelnembryopathie geboren. Wenn unterernährte Kinder in Afrika Masern bekommen, können sie erblinden. Aber diese Erblindung ist mit Vitamin A wieder heilbar. Der Grund für diesen Defekt in Babys ist, dass in den ersten Wochen, in denen ein Embryo sich im Mutterleib entwickelt, die Zellen sich sehr schnell teilen. Damit die Zellen in dem kleinen Organismus sich richtig teilen können, benötigt der Körper Vitamin A. Leidet die schwangere Frau aber genau zu diesem Zeitpunkt an einer Viruserkrankung, benötigt der Körper sowohl für die Zellteilung als für die Krankheit selber Vitamin A. Durch die Unterversorgung mit diesem Vitamin kann es dann in der Folge zu einer Rötelnembryopathie kommen.

Das Problem mit dieser Vitamin A-Information ist, dass es nur Studien mit Tieren darüber gibt und sie alt sind. Ausserdem sind sie nicht in allzu grosser Zahl ausgeführt worden. Es gibt auch keine Studien über einen derartigen Zusammenhang mit schwangeren Frauen. Scheinbar hat niemand ein Interesse daran, herauszufinden, wieso ein

Rötelnvirus in der Lage ist, ein Embryo derart stark zu schädigen. Es ist allerdings bekannt, dass ein Vitamin A-Mangel in der Schwangerschaft zu Fehlbildungen des Fetus führen kann. Interessant in diesem Zusammenhang dürfte sein, dass auf der grössten Insel in Japan, Honshu, Rötelnembryopathien unbekannt sind. Selbst bei grösseren Rötelnepidemien treten keine Fälle auf.⁵

Schauen wir uns das Vitamin A etwas genauer an, dann entdecken wir, dass es von Bedeutung für den Sehvorgang ist, da es an der Bildung des Sehpurpurs beteiligt ist. Des weiteren ist es sehr wichtig zur Erhaltung der Infektionsabwehr. Vitamin A finden wir besonders in Fleisch, Fisch und Gemüse. Wenn wir uns dann noch die Ernährungsweise der Japaner vor Augen führen, verstehen wir plötzlich auch, warum dort in gewissen Gebieten Rötelnembryopathien unbekannt sind. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich davor warnen, Vitamin A eigenmächtig in grossen Dosen zu konsumieren. Sehr hohe Einzeldosen führen zu akuter, lang anhaltende erhöhte Aufnahmen zu einer chronischen Toxizität. Da Vitamin A ein fettlösliches Vitamin ist, häuft ein Überschuss sich im Fettgewebe an. Man sollte grundsätzlich seinen Vitaminbedarf mit frischem Obst und Gemüse, usw. decken und nicht mit Vitamintabletten.

Fälle von Rötelnembryopathie

In der Schweiz sind von 1995 bis 2002 insgesamt vier Fälle von Rötelnembryopathien gemeldet worden, zwei sichere (1995 und 1996), ein möglicher Fall (1995) und ein fraglicher Fall (1999). Zwei Frauen waren ausländischer Nationalität, zwei Frauen waren gegen Röteln geimpft.⁶ In Österreich sind in den Jahren 1979 bis 1995 vom Institut für Virologie der Universität Wien 26 Fälle von Rötelnembryopathie diagnostiziert worden. Seit 1996 ist kein Kind mehr mit dieser Erkrankung bekannt geworden.⁷ In England sind Fälle von Rötelnembryopathie seit 1971 beim British Paediatric Surveillance Unit meldepflichtig. Das dortige Statistische Amt (Office for National Statistics) meldete für 1971 noch 48 Rötelnembryopathien und für 1991 vier Fälle. 1996 brach in England eine Rötelnepidemie aus und es wurden 12 Fälle von Rötelnembryopathie gemeldet.⁸ Der Impfstatus der Frauen in Österreich und England wird in den Publikationen nicht

angegeben, obwohl er den Behörden genauestens bekannt ist. Heute hören wir von den Pharmaherstellern immer wieder, dass die Rötelnembryopathien seit dem Beginn der Rötelnimpfung massivst zurückgegangen seien. Leider traten immer noch Fälle auf, weil die Durchimpfung nicht vollständig sei. Um auch die letzten Fälle zu verhindern, müsse die Bevölkerung eine Mindestdurchimpfungsrate von 90 bis 92 Prozent erreichen. Dass der Rückgang der Rötelnembryopathien nichts mit der Rötelnimpfung zu tun hat, geben viele Gynäkologen offen zu. Es ist nämlich in Wahrheit keineswegs so, dass die Fälle von Rötelnembryopathien weniger geworden sind, sondern es werden vielmehr weniger Kinder mit einer Rötelnembryopathie geboren. Die englischen Autoren Tookey und Peckham kommen denn auch in ihrer oben erwähnten Studie zum Schluss, dass der Rückgang der Rötelnembryopathie dadurch entstanden ist, dass vermehrt schon beim geringsten Anzeichen einer rötelnähnlichen Erkrankung einer Frau zu einem Abbruch der Schwangerschaft geraten wird.

Auch Dr. Cherry schrieb, obwohl mehr als 83 Millionen Rötelnimpfungen in den USA verteilt worden waren: „Dieser Rückgang bei angeborenen Röteln ist seltsam, da die Anzahl der Infektionen bei Frauen im gebärfähigen Alter gleich geblieben ist. Er ist vielleicht künstlich bedingt und lässt sich durch den Rückgang der Fruchtbarkeitsrate in den USA sowie häufigerer therapeutischer Schwangerschaftsabbrüche erklären. Jedenfalls ist deutlich, dass die anscheinend stabile Kontrolle angeborener Röteln noch trügerisch ist.“⁹ Heute ist man durch die vorgeburtlichen Untersuchungen in der Lage, etwaige Unregelmässigkeiten schon frühzeitig festzustellen. Die meisten Frauen entscheiden sich dann zu einem Abbruch der Schwangerschaft. Nicht selten werden sie geradezu von ihrem Gynäkologen dazu gedrängt. Dass bei einer Infektion mit Röteln in der Schwangerschaft aber der weitaus grösste Teil der Frauen gesunde Kinder gebären, hat eine Studie ganz eindeutig gezeigt. In Dänemark wurde zwischen 1975 und 1984 bei 1346 Frauen serologisch Röteln in der Schwangerschaft bestätigt. Das Ergebnis war überwältigend: Es zeigte sich, dass 21,34 Prozent der Föten mit dem Rötelnvirus infiziert waren, aber nur 6,3 Prozent dieser Föten wurden dann anschliessend

mit einer Rötelnembryopathie geboren.¹⁵ Wenn man diese Zahlen ansieht, irritiert die Panik, die z.B. die Firma GlaxoSmithKline in ihren Impfnews bei den Frauen verursacht. GlaxoSmithKline ist der Meinung „in der Frühschwangerschaft müssen zahlreiche Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Vor allem im ersten Trimenon führt eine Rötelninfektion der Mutter zu Missbildungen des Embryos. (. . .) Dementsprechend werden jährlich 50 bis 100 Fälle von Rötelnembryopathien (in Deutschland, d.A.) verzeichnet“. ¹¹ Hier geht es wohl eher um Propaganda für den hauseigenen Impfstoff „Priorix“ als um die Übermittlung wahrer Tatsachen. Zumal das RKI ganz anderes Zahlenmaterial vorzeigt. Nach ihren Angaben werden in Deutschland jährlich vier bis fünf Kinder mit einer Rötelnembryopathie geboren. 1990 gab es vier, 2000 fünf Fälle von Rötelnembryopathie.¹²

1941 hatte der australische Arzt Norman McAlister Gregg erstmals eine Rötelnembryopathie beschrieben und sie mit der Krankheit Röteln in Verbindung gebracht.¹³ Deshalb wird auch heute vom Gregg-Syndrom gesprochen. Greggs Arbeiten folgten bald weitere Studien aus Australien, Schweden, USA und England, die einen Zusammenhang bestätigten.

In der sogenannten Dritten Welt gibt es kaum Rötelnembryopathien, da die Kinder dort in den grossen Familien früh und mit hoher Sicherheit die Röteln durchmachen. Dadurch haben die Frauen einerseits selber einen Schutz vor einer Rötelnkrankung in der Schwangerschaft, andererseits aber geben sie den so wichtigen Nestschutz ihren ungeborenen Kindern mit. Die Immunität bei erwachsenen Frauen liegt dort deutlich über 90 Prozent¹⁴ Wäre nicht eine natürliche Durchseuchung mit einer harmlosen Kinderkrankheit, die dazu noch reifend und wichtig für unser Immunsystem ist, eine echte Gesundheitsvorsorge zu nennen? Die WHO möchte mit ihrem Impfprogramm alle Rötelnembryopathien bis zum Jahr 2010 eliminieren. Selbst Optimisten erscheint es fraglich, ob mit einer Impfung dieses Ziel erreicht werden kann. Wurde doch bereits das Datum zweimal verschoben.

Deutsche Ärzte beschrieben die Krankheit Röteln erstmals im späten 18. Jahrhundert. Daher kommt auch in der engl. Sprache der Aus-

druck für Röteln: German Measles (deutsche Masern).¹⁵ Im deutschen Sprachraum hat sich ziemlich lange der Ausdruck „roter Hund“ gehalten. 1841 hat ein britischer Arzt in Indien an einer Schule einen Ausbruch von Röteln beschrieben und er nannte die Krankheit „rubella“, ein lateinischer Ausdruck für „ein wenig rot“. Dieser Ausdruck ist bis heute stehen geblieben. Für die nächsten 100 Jahre nahm man Röteln nicht zur Kenntnis, da sie eine absolut komplikationslose Krankheit darstellten. Erst als man 1941 feststellte, dass durch eine Rötelnerkrankung in der Schwangerschaft Missbildungen beim Kind auftreten können, gewann die Krankheit wieder an Aktualität. 1962 fanden Weller und Neva in Boston und gleichzeitig Parkman, Beuscher und Artenstein in Washington D.C. in Rötelnkranken ein Virus, das sie als Verursacher der Krankheit ansahen. So ist unsere Wissenschaft heute der Meinung, ein Virus sei die Krankheitsursache für Röteln.

In Europa gab es von 1962 bis 1963 eine starke Rötelnepidemie die sich 1964 bis 1965 auf die USA ausbreitete. In diesen Jahren sind viele Kinder mit einer Rötelnembryopathie geboren worden.¹⁶ Als Folge dieser Epidemie wurden Anstrengungen in die Wege geleitet, um eine Impfung zu kreieren. Es wäre in jeder Hinsicht ökonomischer und für unser aller Gesundheit besser gewesen, die gemeinsamen Kräfte zu bündeln um die Ursache der Rötelnembryopathie zu finden. Zwischen 1965 und 1967 kamen viele verschiedene Rötelnimpfstoffe in die letzte Testphase und seit 1969 ist nun also auch eine Impfung gegen Röteln auf dem Markt.

In der Schweiz wurde diese Impfung 1973 eingeführt, in Deutschland 1974. In den ersten Jahren waren als Zielpublikum alle Mädchen gedacht. Doch dann weitete man die Impfung auf Kinder beiderlei Geschlechts aus. In der Schweiz wird die erste Impfung gegen Röteln im 12. Lebensmonat und eine zweite Impfung im 15. bis 24. Lebensmonat verabreicht. Die österreichischen Kinder erhalten die erste Dosis im 14. Lebensmonat und die zweite im siebten Lebensjahr. Und in Deutschland erfolgt die erste Impfung im 11. bis 14. Lebensmonat, die zweite Gabe im 15. bis 23. Lebensmonat. Die Rötelnimpfung wird heute fast ausschliesslich in Kombination mit der Masern- und der Mumpsimpfung als MMR-Impfung verabreicht.

Herstellung des Impfstoffes

Von 1969 bis 1970 wurden in den USA drei Lebendimpfstoffe gegen Röteln bewilligt. HPV-77 auf Entenembryonen, HBV-77 auf Hundenieren und Cendehill auf Kaninchennieren. Bald darauf schon wurde in Europa aber die erste RA27/3 Rötelnimpfung bewilligt, ein sogenannter HDC-Impfstoff. In den folgenden Jahren verschwanden die Impfstoffe Cendehill und HPV-77 (Hundenieren) vom Markt und 1979 wurde auch in den USA die RA27/3 Impfung übernommen. Heute ist dieser Impfstoff die am meisten verbreitete Rötelnimpfung auf der Welt, mit Ausnahme von Japan.¹⁷ Dieser Impfstoff entstand 1965 und die Grundlage ist ein abgetriebener menschlicher Fötus. Die „Sunday Star Times“, eine amerikanische Zeitung, schrieb am 27.11.1994, dass zur Rötelnimpfstoffherstellung Zellen benutzt würden, die vom Lungengewebe eines abgetriebenen Embryos stammen. Ein Sprecher des amerikanischen Gesundheitsministeriums bestätigte diese Aussage. In Neuseeland sagte die Sprecherin des dortigen Gesundheitsministeriums, die hohen Kosten würden es für ihr Land unmöglich machen, eine andere Impfung zu entwickeln. Um diese Art der Impfstoffherstellung herrscht normalerweise grosses Stillschweigen. Kein Impfstoffhersteller ist an kritischen Fragen, vor allem von Müttern, interessiert. Deswegen laufen solche Impfungen normalerweise im Beipackzettel unter dem Synonym RA27/3.

Es gibt in Florida, USA, eine Gruppe von besorgten Bürgern, die die Herstellung solcherart hergestellten Impfungen kritisch beobachten und versuchen, die Elternschaft aufzuklären. Welche Eltern möchten bedenkenlos einen Impfstoff für ihre Kinder verwenden, der aus abgetriebenen menschlichen Föten hergestellt ist? Hier kommen nicht nur Fragen nach der Unbedenklichkeit und Gesundheit ins Spiel, sondern vielmehr tauchen hier plötzlich Fragen nach Ethik und Moral auf. Wenn die Impfstoffhersteller diese Tatsache bedenkenlos übergehen können, dann müssten wenigstens unsere Behörden, die die Impfpläne erstellen, diese Dinge hinterfragen und genauestens abklären. Denn wie gesagt, Röteln sind keine lebensgefährliche Krankheit und nicht mit allen Massnahmen zu bekämpfen. Auch wenn unsere Pharma und die Gesundheitsbehörden ihre Achtung vor dem menschlichen Leben derart verloren haben, sollten wir Bürger

als direkt Betroffene es ihnen nicht gleichtun, sondern uns zur Wehr setzen. Denn es sei die Frage erlaubt: Woher bezieht die Pharma ihr „Ausgangsmaterial“ zur Rötelnimpfung? Hier sind noch viele Fragen offen, die keiner gewillt ist zu beantworten.

Zusammensetzung des Impfstoffes

Der Impfstoff enthält sogenannte abgeschwächte, vermehrungsfähige Rötelnviren, sowie Antibiotika, Humanalbumin, Harnstoffe, Phenolrot, hydr. Gelatine, Aminosäuren, Glutaminsäure, Zucker, Salze, Vitamine, Dextran 70, Phenolsulfurphalein, etc.

Als Nebenwirkung nach der Rötelnimpfung sind beschrieben worden: Fieber, Kopfschmerzen, Rötung, Schwellung, Übelkeit und Schwindel, Muskel- und Gelenkschmerzen, Ausschläge, Arthritis, Gelenkentzündung, anaphylaktische Reaktionen, Symptome einer natürlichen Rötelnkrankung, Anschwellen der Lymphknoten, Sensibilisierungsstörungen, Erkrankung peripherer Nerven, Nervenentzündung, Meningoenzephalitis, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (GBS), Fieberkrämpfe, Gangunsicherheiten, Thrombozytopenien, ein durch Entzündung bedingter Austritt von Flüssigkeit und Zellen aus den Blut- und Lymphgefassen, Störungen der Blutgerinnung, Rückenmarksentzündung, Polyneuropathien, etc. In Griechenland kam es im Anschluss an eine grossangelegte Impfkampagne bei Kleinkindern gegen Röteln zu einem unerklärlichen aber sehr deutlichen Anstieg von Rötelnembryopathien.¹⁸

Im Rachenspülwasser von geimpften Kindern kann nach Angaben des CDC das Rötelnvirus bis zu 90 Tagen nach der Impfung nachgewiesen werden, d.h. der Geimpfte kann seine gesamte Umgebung anstecken.¹⁹ Deswegen ist es auch sehr wichtig, in der Schwangerschaft keine Rötelnimpfung zu erhalten. Vor einigen Jahren noch wurde schwangeren Frauen, die „versehentlich“ gegen Röteln geimpft worden waren, geraten, die Schwangerschaft abzubrechen. Auch während der Stillzeit wird das Virus mindestens 28 Tage von der Mutter durch die Milch auf das Kind übertragen²⁰ So ist es also imminent wichtig, die heutzutage den Müttern im Wochenbett angebotene Rötelnimpfung unbedingt dankend abzulehnen.

Finnland wird immer wieder gerne als Beispiel für eine gelungene

Impfpolitik genommen. Bereits 1982 wurde in Finnland ein umfassendes Meldewesen für Impfschäden geschaffen, und zwar im Zusammenhang mit einer grossen MMR-Impfkampagne. 2000 wurde in einer Studie Auskunft über die Impfnebenwirkungen gegeben. Prof. Heikki Peltola vom Universitäts-Krankenhaus in Helsinki - bestens bekannt als vehementer Impfbefürworter - und seine Kollegen zählten 173 schwere Erkrankungen im zeitlichen Zusammenhang mit der MMR-Impfung auf. Davon waren 73 schwere allergische Reaktionen wie Anaphylaxie, Urtikaria und Asthma, 77 neurologische Erkrankungen wie Fieberkrämpfe, Enzephalitis oder Meningitis und 22 vermischt Diagnosen wie Pneumonie, Orchitis und Diabetes. Ein 13 Monate alter Junge war acht Tage nach einer MMR-Impfung gestorben. Man geht in der Studie von einer Rate möglicher Impfschäden von 5,3 pro 100000 Impfungen aus.²¹ In einer Studie wurden 600'000 Kinder untersucht, um einen Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und einem erhöhten Risiko für zerebrale Krampfanfälle zu klären. Acht bis 17 Tage nach der MMR-Impfung konnte ein knapp dreifach erhöhtes Risiko für einen erstmaligen Fieberkrampf festgestellt werden. Dies entsprach dem Auftreten einer solchen Komplikation bei 25 bis 34 von 100000 Kindern.²² Bei einem von sieben rötelngeimpfter Kinder kommt es zur Schwellung der Nackenlymphknoten. Es sind einzelne Berichte über neurologische Folgeschäden wie GBS, transverse Myelitis oder Enzephalitis bekannt.²³ Eine Thrombozytopenie wird in einer Häufigkeit von 0,6 bis 3 auf 100000 Geimpfte genannt.²⁴ Sie tritt meist zwei bis drei Wochen nach der Rötelnimpfung auf. Die Symptome sind Nasen-, Haut-, Zahnfleisch- und manchmal Darm- und Nierenblutungen.

Sehr oft ist von einer Arthritis nach der Rötelnimpfung zu lesen. So gut wie jeder zweite rötelngeimpfte Jugendliche oder Erwachsene klagt in den ersten Wochen nach der Impfung über Schmerzen und Steifigkeit in den Gelenken. Zu einer akuten Arthritis kommt es bei etwa ein Prozent der geimpften Kinder und etwa 10 Prozent der Erwachsenen. Manche Studienautoren sprechen sogar von bis zu 20 Prozent bei den Erwachsenen. In den USA wird eine chronische Arthritis, die im Zeitraum von einer bis sechs Wochen nach der Rötelnimpfung auftritt, als Impfschaden anerkannt.²⁵ In der medizini-

sehen Literatur werden viele Fälle einer chronischen Arthritis beschrieben.^{26,27} Selbst das CDC in den USA sieht zwischen der Rötelnimpfung und einer chronischen Arthritis einen Zusammenhang.²⁸ Dr. Aubrey Tingle, ein Kinderimmunologe des Kinderkrankenhauses Vancouver in Kanada hat in einer Studie festgestellt, dass 30 Prozent aller Erwachsenen, die gegen Röteln geimpft werden, innerhalb von zwei bis vier Wochen an einer Arthritis erkranken, mit Schwankungen von milden Schmerzen bis hin zu bösartigen Lähmungen. In England wurden 1994 während des Aufrufs zur Masernimpfung den Ärzten schriftliche Berichte zugestellt, in denen es hiess, dass 11 Prozent der Patienten, die zum ersten Mal eine Rötelnimpfung erhielten, an Arthritis erkranken würden. Dennoch wurde diese wichtige Tatsache in den Informationsbroschüren für die Eltern nicht erwähnt.²⁹ In Deutschland wird das Auftreten einer akuten Arthritis nach einer Rötelnimpfung als Impfkomplikation anerkannt, da der kausale Zusammenhang als sicher gilt.^{30,31} Viele Schäden am zentralen und peripheren Nervensystem wurden nach einer Rötelnimpfung gemeldet, so z.B. Nervenschmerzen, Taubheit, Karpaltunnelsyndrom, GBS sowie transverse Myelitis.³²

Ein dreizehnjähriger Junge erkrankte an GBS, drei Wochen nach einer Rötelnimpfung. Die Beschwerden fingen an mit Taubheit in den Füßen und einer Muskelschwäche. Diese Symptome hielten zwei Wochen an, danach konnte er zwar gehen, aber nicht selber aufstehen oder Treppensteigen. Nach einem Monat waren alle Symptome verschwunden.³³

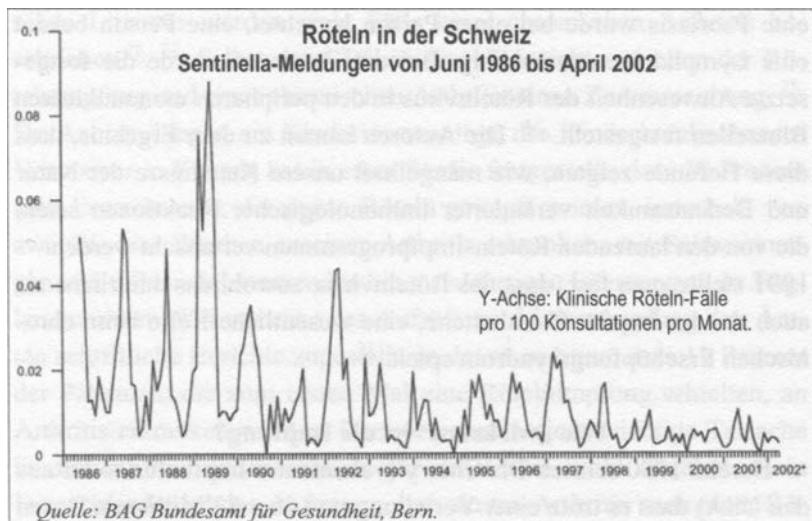
In Kanada wurden 1985 Untersuchungen in die Wege geleitet um Schäden nach einer Rötelnimpfung zu erforschen. Es handelte sich um 13 erwachsene Personen. Sieben von ihnen hatten eine Rötelnimpfung und sechs sogar mehrere erhalten. Drei Personen erkrankten an einer chronischen Gelenkentzündung, einer an wiederholt auftretender Vergrösserung der Ohrspeicheldrüse. Weiters traten ein Fall von gewöhnlicher variabler Hypogammaglobulinämie sowie eine chronische Hashimoto-Thyroiditis auf. Bei einer Person begann ein Syndrom polyartikulärer Arthritis zwei bis drei Wochen nach Verabreichung des RA-27/3 Impfstoffes und dauerte mit wiederholten Ausbrüchen während der ganzen dreijährigen Nachbeobachtung an. Über

eine Psoriasis wurde bei einer Person berichtet, eine Person bekam eine Lymphdrüsenentzündung. Bei drei Personen wurde die fortgesetzte Anwesenheit des Rötelnvirus in den peripheren mononukleären Blutzellen festgestellt.³⁴ Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass diese Befunde zeigten, wie mangelhaft unsere Kenntnisse der Natur und Bedeutsamkeit veränderter immunologischer Reaktionen seien, die von den laufenden Röteln-Impfprogrammen verursacht werden.

1991 stellte man fest, dass das Rötelnvirus, sowohl das natürliche als auch das im Impfstoff enthaltene, eine wesentliche Rolle beim chronischen Erschöpfungssyndrom spielt.³⁵

Wie „wirksam“ ist die Impfung?

Bereits 1980 schrieb Dr. Cherry (vehementer Impfbefürworter aus den USA) dass es trotz einer Verteilung von über 83 Millionen Dosen Röteln-Impfstoff seit 1969 einen periodischen Anstieg der Krankheitshäufigkeit in den USA gebe.³⁶ Dies erinnert uns an die Meldungen zur Mumpsimpfung, sie sind identisch. Bei Rötelnepidemien waren jedes mal ein grosser Prozentanteil der Opfer geimpft.^{37,38} Trotz der eindeutigen Aussagen in den Studien zogen die Autoren immer wieder den Schluss, dass intensivierte Impfungen das Problem lösen würden. Diese Berichte von Fällen von gemeldeten Röteln in einer scheinbar unvollständig durchgeimpften Population muss man immer mit Vorsicht geniessen. Die allgemeinen, chronisch unzureichende Meldepraxis bei Infektionskrankheiten nach der Einführung von Impfungen jeder Art in den USA ist wohl bekannt und oft kritisiert worden.³⁹ Sir Henry Yellowstone veröffentlichte eine Erklärung im „London Daily Telegraph“ am 26.2.1975 und schickte zusätzlich noch einen Brief an alle Ärzte, dass trotz hoher Impfzahlen kein sichtbarer Rückgang der Anzahl von Babys mit einer Rötelnembryopathie zu erkennen sei.⁴⁰ Es gab sogar Studien, die zeigten, dass es nicht nur trotz der Impfung, sogar wegen der Impfung zu Rötelnepidemien und Rötelnembryopathien gekommen sei. Joncas schrieb dazu: „Wenn für die Jahre 1981 und 1982 (in Kanada, d.A.) tatsächlich ein landesweiter Anstieg der Häufigkeit von Rötelnembryopathien und Röteln bestätigt wird, dann müssen die in den USA von 1979 bis 1982 unternommenen grösseren Anstrengungen zur Immu-

**Bild 28**

Die Rötelnimpfung für Mädchen wurde 1973 in den Routineimpfplan aufgenommen und seit 1985 wird die kombinierte MMR-Impfung angeboten. In Anbetracht dieser langen Zeit des Impfens müsste es, falls diese Impfung eine „Schutzwirkung“ hat, viel weniger Röteln-erkrankungen geben, vor allem aber hätte die Kurve viel schneller abflachen müssen. Inter-ressant wäre zu erfahren, wie hoch die Erkrankungsrate vor Einführung der Impfung war.

nisierung von Frauen im gebärfähigen Alter weitgehend dazu beige-tragen haben.“⁴¹

Einige Forscher beschrieben zwei Fälle von einer Rötelnembryopathie bei Frauen, bei denen man eine Immunität angenommen hatte. Eine dieser Frauen war geimpft.⁴² 1991 wurden ebenfalls Fälle von Rötelnembryopathien bei geimpften Frauen bekannt.⁴³ In der Schweiz waren laut Angaben vom BAG von den vier Rötelnembryopathie-Fällen zwischen 1995 und 2002 zwei Frauen vorschriftmäßig geimpft gewesen. Angaben über Erkrankungsraten an Röteln vor Einführung der Impfung (1973) sind keine bekannt wie die oben abgebildete Grafik zeigt. Es drängt sich der Verdacht auf, dass es vor Einführung der Impfung auch nicht mehr Erkrankungsfälle gab.

In Frankreich wurden offizielle Grafiken über die Anzahl der Krankheitsfälle nach Einführung von den Impfungen veröffentlicht. Dabei zeigte man die Daten aber erst ab der Einführung der Impfung, so dass der Eindruck entstehen sollte, die Impfungen seien für den Rückgang der Krankheiten verantwortlich.

Die Titerbestimmung

Den Titer bestimmen bedeutet, die Zahl der Antikörper gegen eine bestimmte Krankheit festzustellen. Hierfür gibt es von verschiedenen Herstellern Tests. Diese Tests haben keinerlei Aussagekraft für unsere Immunität, weiss man doch heute, dass der Anteil der Antikörper an unserer Immunität weniger als fünf Prozent beträgt. Besonders von anthroposophischen Ärzten wird immer wieder betont, dass Kinderkrankheiten gesundend für den Organismus seien, jedoch sollten die Mädchen unbedingt vor Eintritt in die Pubertät eine Titerbestimmung machen um festzustellen, ob ein Schutz gegen Röteln gegebenenfalls bereits vorhanden sei.

In einer von Prof. Thomssen durchgeführten Studie, bei der es um den Vergleich der Wirksamkeit zweier neu entwickelter Impfstoffe gegen die Röteln ging, hatten nach einer Titerkontrolle zwar alle Geimpften in gleicher Menge Antikörper gebildet, aber innerhalb von 12 Jahren Beobachtungszeit nach der Impfung waren bei einer natürlichen Exposition nach Impfstoff A in 25 Prozent eine stille Wildvirusinfektion (ohne Ausschlag) aufgetreten, bei Impfung B nur bei einem Prozent wie nach natürlichen Röteln. Er schreibt dazu treffend: „Das Beispiel zeigt eklatant, dass Antikörper stets nur Ersatzparameter für Schutz sind.“⁴⁴ Prof. Thomssen war übrigens derjenige, der die Rötelnimpfung in Deutschland einführte.

Dass man sich eine Titerbestimmung allemal sparen kann, sagt auch Prof. Spiess: „Diese verschiedenen Tests liefern aufgrund ihrer unterschiedlichen Empfindlichkeit und ihrer Fähigkeit, Antikörperaktivitäten verschiedener Immunglobulinklassen nachzuweisen, nicht immer identische Resultate.“⁴⁵ Selbst S. Plotkin, ansonsten dem Impfen treu ergeben, gibt zu, dass die meisten Wirksamkeitsstudien auf einer Titerbestimmung basieren. Heute, so sein Kommentar, sei allerdings klar, dass die biologischen Aspekte in der Immunität eine viel wichtigere Rolle spielten.⁴⁶

Antikörper sagen lediglich etwas darüber aus, ob der Organismus Kontakt mit den Mikroben hatte. Eine Aussage über einen allfälligen Schutz vor der Krankheit können sie nicht machen. Das wissen auch unsere Ärzte, raten sie doch in den meisten Fällen von einer Titerbestimmung ab.

Immunglobuline

Für Röteln existiert neben der aktiven Impfung auch eine passive Impfung, die sogenannten Immunglobuline. Dies sind fertige Antikörper gegen Röteln. Wie „wirksam“ sie ist, zeigt uns eine Aussage von Prof. Mutz aus Österreich: "Die Immunglobulingabe ist nur bis zum achten Tag nach Kontaktbeginn (d.h. vor Einsetzen der virämischen Phase) sinnvoll. In dieser Zeit kann das Angehen der Infektion häufig, aber nicht immer verhindert werden."⁴⁷ Ob dies wohl für werdende Mütter eine Beruhigung darstellt? Oder ob man es ihnen erst gar nicht mitteilt?

Durchimpfungsrationen

Immer werden bei Epidemien die schlechten Durchimpfungsrationen beklagt, obwohl über Krankheiten bei denen mit einer extrem schlechten Durchimpfung trotzdem keine Epidemien auftreten (wie z.B. bei Diphtherie!) Stillschweigen herrscht. Prof. A. Windorfer, ein deutscher Impfverfechter sagte hierzu: „... da es in der BRD keinerlei verlässliche Zahlen über die Durchimpfungsrate, über die Zahl der durch Impfungen verhüteten Erkrankungen, usw. gibt, die immer wieder zitierten Verkaufszahlen der Industrie sind diesbezüglich als völlig unzuverlässig anzusehen.“ An diesem Zustand wird auch die Einführung des neuen IfSG nichts ändern. Diese Aussage von Prof. Windorfer darf unbesehen auch auf die Schweiz und auf Österreich übertragen werden.

In einer Studie von der Ludwig-Maximilians-Universität in München, die vom 1.1.1994 bis 31.12.1995 lief, wurde das Impfverhalten von Eltern im Bezug auf die MMR-Impfung im Raum München erhoben. Dabei wurde festgestellt, dass bei Kindern aus unvollständig oder einkommensschwächeren Familien und bei nicht erstgeborenen Kindern wesentlich niedrigere Impfquoten beobachtet wurden als bei erstgeborenen Kindern, bei Kindern von verheirateten Begleitpersonen oder bei Kindern aus Familien mit höherem monatlichem Einkommen. Die Ergebnisse von logistischen Regressionsmodellen zeigten, dass die Einstellung gegenüber der heutigen Medizin der wichtigste Einflussfaktor auf das Impfverhalten der Eltern war. Hatten die Ärzte nicht zur Impfung geraten, dann waren nur etwas mehr als die

Hälften der Kinder gegen Masern und Mumps und nur rund 40 Prozent gegen Röteln geimpft. Die Schlussfolgerung dieser Studie lautete: „Unter Public Health-Gesichtspunkten ist ein deutlicherer gesellschaftlicher Konsens über Sinn und Notwendigkeit von Primärpräventionsmassnahmen notwendig; auch über rechtliche Massnahmen wie z.B. *'No Vaccination - no school, no kindergarten'* oder auch die Wiedereinführung von Reihenimpfungen sollte nachgedacht werden.“ In der Schweiz wurde eine ähnliche Studie in Auftrag gegeben. Bei uns sind es im Gegenteil die besser ausgebildeten Eltern, vor allem Mütter, die ihre Kinder nicht impfen lassen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Massenimpfung aller Kleinkinder die natürliche Durchseuchung der Kinder derart zerstört, so dass regelrechte Rötelnepidemien wieder auftreten können. Wir haben heute den Umgang mit Krankheiten weitgehend verlernt. Anstelle dass wir bei unseren Kindern die Abwehrkräfte unterstützen, bekämpfen wir unsinnigerweise das Fieber und üben uns in einer intensiven Symptombehandlung. Vor allem zwischen Viren und dem menschlichen Immunsystem gibt es seit Jahrtausenden ein verlässliches Gleichgewicht. Wenn wir hier mit unseren Massenimpfungen störend eingreifen, sind die Folgen für uns alle unabsehbar.

Englische und amerikanische Forscher fanden heraus, dass erwachsene Frauen seltener an einem Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) erkranken, wenn sie in ihrer Kindheit Masern, Mumps, vor allem aber die Röteln durchmachen durften.^{48,49,50,51,52} Der Autor einer dieser Studien sprach denn auch von diesen Kinderkrankheiten als von einem „Schutzfaktor gegen das Ovarialkarzinom.“⁵³ Die Kinder werden allgemein selbstständiger nach den durchstandenen Krankheiten, sie machen grosse Entwicklungsfortschritte.

Vor allem scheint der Sinn und Zweck dieser Impfung als Vorbeugung gegen eine Rötelnembryopathie nicht einmal dann gegeben, selbst wenn die Impfung wirklich schützen würde. In alten, über hundertjährigen medizinischen Büchern findet man meist nicht einmal eine Rubrik zum Thema Röteln, höchstens einige wenige Sätze. Es sei daher folgende Fragestellung erlaubt: Waren die Röteln früher

harmloser oder macht man uns heute unnötig Angst vor dieser Krankheit? Wenn sie zu früheren Zeiten harmloser waren, wodurch haben sie dann heute an Gefährlichkeit gewonnen? Haben wir etwa durch unsere Lebensweise, Ernährung, Umwelt und chemischen Medikamente den menschlichen Organismus dahingehend verändert, dass er nicht mehr mit einer Krankheit wie Röteln umzugehen weiss? Oder wird uns hier lediglich aus niedriger Profitsucht ein gänzlich überflüssiges Produkt aufgedrängt?

Wenn Impfungen wirklich vor Krankheiten schützen, bzw. wenn die Rötelnimpfung einen Schutz vor den Röteln verleiht und hier besonders schwangere Frauen gefährdet sind, dann müssten alle Menschen, die Umgang mit Schwangeren haben, auf diese Tatsache aufmerksam gemacht werden. In erster Linie wären hier Gynäkologen und Hebammen angesprochen, sowie Krankenschwestern. Da besonders diese Gruppen aber bestens informiert sind über die Schäden durch die Krankheit, sollte anzunehmen sein, dass hier eine hohe Durchimpfungsrate beim medizinischen Personal und den Ärzten besteht. Aber weit gefehlt! Das bekannte und ehrbare Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlichte eine Umfrage in Kalifornien, bei der mehr als 90 Prozent der Gynäkologen und Geburtshelfer angaben, sie lehnten eine Impfung gegen Röteln bei sich selber ab. Dr. R. Mendelsohn fragt in seinem Buch „Wie Ihr Kind gesund aufwachsen kann — auch ohne Doktor“: „Wenn Ärzte selbst vor diesem Impfstoff Angst haben, warum in aller Welt sollte dann das Gesetz vorschreiben, dass Sie und andere Eltern ihre Kinder impfen lassen?“

Auch in Deutschland und in der Schweiz wurden anonyme Umfragen unter der Ärzteschaft und dem medizinischen Personal durchgeführt, die eine Durchimpfung bei allen Infektionskrankheiten von nur sehr wenigen Prozent ergaben. Als Gründe für die Verweigerung der Impfungen wurden Unwirksamkeit, sowie die Angst vor Nebenwirkungen angegeben.

- ¹ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl., Thieme, 1999
- ² Grätz J.-F., Sind Impfungen sinnvoll? Hirnhammer Verlag, 2002
- ³ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, 2000, Springer, Seite 12
- ⁴ Epidemiologisches Bulletin, RKI, 19/2001
- ⁵ Kono R., et al, Rev Infect Dis 7: S 56-63, 1985
- ⁶ BAG Bulletin, 36/2002
- ⁷ Prof. Dr. Mutz I., in Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer 2000
- ⁸ Tookey P., et al, BMJ Volume 318, March 1999, 769-770
- ⁹ Cherry J.D., Hospital Practice, July 1989, 45-57
- ¹⁰ Danish Medical Bulletin, March 1987
- ¹¹ SmithKline Beecham Impfnews 2. Jahrgang, März 1998
- ¹² Epid. Bulletin RKI 19/2001
- ¹³ Gregg N M., Trans Ophthalmol Soc Aust 3: 35-46, 1941
- ¹⁴ Ehrengut E., Klin Pädiatr 1984, 196(6): 378-381
- ¹⁵ Smith J L., Arch Dermatol 1:1-13, 1875
- ¹⁶ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press 3rd Ed. 1999
- ¹⁷ Plotkin, Orenstein, Vaccines, Saunders Press 3rd Ed. 1999
- ¹⁸ Panagiotopoulos T., et al, BMJ 1999, 319 (7223): 1462- 1467
- ¹⁹ CDC, MMWR 1999, 4(7)
- ²⁰ Yazbak E., et al, Medical Hypotheses, p. 283-288, Vol 59, No. 2, Sept, 2002
- ²¹ Ped Infec Dis J 19, 2000, 1127
- ²² (Barlow WE, NEJM 2001; 345: 656-661
- ²³ Hirte M., Impfen Pro und Contra, Knaur Verlag 2001
- ²⁴ Kollaritsch H., Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer, 2000
- ²⁵ Health Resources and Services Administration, Vaccine Injury Table, March 24, 1997
- ²⁶ Weibel R.E. et al, Arthritis Rheum 1996, 39 (9): 1529-1534
- ²⁷ Mitchel L. A. et al, Arch Intern Med 1993, 153 (19): 2268-2274
- ²⁸ Advisory Committee on Immunisation Practices, Vaccine Side Effects, 1999
- ²⁹ Mendelsohn, Was Ärzte ihnen nicht erzählen, Mahajiva Verlag
- ³⁰ Dittmann 1992,
- ³¹ Howson CP, Fineberg HV, 1992, J Am Med Ass; 267 (3): 392-396
- ³² Institute of Medicine, Washington, National Academiy Press 1991
- ³³ Mühlbach-Sponer, et al., European Journal of Pediatrics 1995, 154-166
- ³⁴ Tingle A., et al, 1985, J Infect Dis., 151(2): 320-336
- ³⁵ Liebermann A., Clinical Ecology; 7(3): 51-54, 1991
- ³⁶ Cherry J. D., 1980, Hospital Practice, July 1989, 49-57
- ³⁷ Rauh J. et al, 1972, Am J Dis Child; 124: 27-28
- ³⁸ Klock L. E., et al, 1973, N Eng J Med; 288 (2): 69-72
- ³⁹ New York Times, The Doctors World, 7.10.90
- ⁴⁰ Kalokerinos A., und Dettmann, Australian Nurses J., May 1978: 1-4

- ⁴¹ Joncas J. 1983, Can Med Ass J; 129: 110-112
- ⁴² Das B. et al, Arch Dis Child, 65: 545-546, 1990
- ⁴³ Anonymus 1991, The Australian Dr. Weekly, 25.101992
- ⁴⁴ Thomssen R., Schutzimpfungen, Beck 2001
- ⁴⁵ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl, Thieme, 1999
- ⁴⁶ Vaccines, Saunders Press, 3rd Edition, Page 417
- ⁴⁷ Mutz I., in: Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer, 2001
- ⁴⁸ West R., et al, Cancer 19, 1966, 1001-1007
- ⁴⁹ Wynder E. et al, Cancer 23, 1969, 352
- ⁵⁰ Newhouse M. et al, Brit J Prev Soc Med 31, 1977, 148-153
- ⁵¹ MC Gowan L, et al, Gynecol Oncol 7; 1979, 325-344
- ⁵² Pfleiderer A., Ovarialkarzinom, Urban und Schwarzenberg, Mnch, 1982, 7-21
- ⁵³ Newhouse M, et al, siehe oben

Tetanus - Mythos um eine Krankheit

Wie tetanusgefährdet sind unsere Kinder?

Geschichte einer Krankheit

Im fünften und siebten Buch von Hippokrates, genannt „Epidemien“ wird erstmals die Krankheit Tetanus beschrieben. Er schildert in seiner unnachahmlichen Art wie einem Mann bei der Belagerung der Stadt Datos ein Holzpfeil in die Brust traf. Der Arzt entfernte zwar den Pfeil, es verblieb jedoch ein Splitter in der Wunde. Als Wundversorgung wurden ein Einlauf und ein Brechmittel verordnet. In der folgenden Nacht bekam er Krämpfe und starb.¹

Für viele Tetanusfälle zu der damaligen Zeit sorgten nicht nur die kriegerischen Auseinandersetzungen, sondern auch die Seefahrt und die sportlichen Wettkämpfe, wie z.B. die tollkühnen Wagenrennen, die häufig in schlimmen Unfällen ausarteten. Damals war man der Meinung, alle Wunden sollten durch Eltern ausgeheilt werden. Aus diesem Grund wurde die Eiterung nicht verhindert, sondern sogar noch gefördert. Nach der Säftelehre gab es einen „guten und lobenswerten Eiter“. Wir sollten uns hüten, diese alten Behandlungsmethoden zu belächeln. Denn heute sind wir auch nicht viel weiter gekommen mit unserer medizinischen Weisheit. Was die Menschen wohl in 100 Jahren zu unserer Krebsbehandlung, den Impfungen, usw. sagen werden? Bei den Griechen hiess die Bezeichnung für Pfeilgift „Toxikon“, das bedeutet „zum Bogen gehörig“.

Im 3. Jahrhundert n. Chr. entdeckte Herophilus dass die Nerven als Leitungsfasern der Empfindungen und das Gehirn als Zentralorgan zu sehen sind. Seit dieser Zeit begann man Krämpfe aller Art, so auch den Tetanus, mit dem Nervensystem in Verbindung zu bringen. In Rom hatten die Ärzte einen sehr schlechten Ruf. Warum das so war, erklärt sich aus der Tatsache, dass z.B. 309 v. Chr. bei der Schlacht bei Sutrium mehr Soldaten an den behandelten Wunden starben als auf dem Schlachtfeld selber. Erst Julius Caesar, der viele gebildete griechische Ärzte kannte, verlieh allen Heilkundigen das römische Bürgerrecht. Galenos von Pergamon war lange Zeit Gladiatorenarzt gewesen und sprach als erster die Vermutung aus, dass Te-

tanus die Folge einer Nervenverletzung sei. Selbst Larrey (1768-1842) schreibt noch, dass die Verletzung oder versehentliche Unterbindung eines Nerven einen Wundstarrkrampf auslöse könne. Galenos wies ebenfalls zum ersten Mal darauf hin, dass auch Mütter im Wochenbett und Neugeborene von dieser Krankheit befallen werden können.

In einer umfangreichen medizinischen Enzyklopädie schrieb Oreibasios von Pergamon, dass er in heißen Wüstengebieten, auch bei schweren Verwundungen, niemals Tetanus beobachten konnte. Larrey übrigens, der an Napoleons Feldzügen in Ägypten teilnahm, machte die gleichen Beobachtungen viele hundert Jahre später. Im 5. Jahrh. n. Chr. erschien die Übersetzung des griech. Arztes Soranos v. Ephesos ins Lateinische mit dem Titel „Über akute und chronische Krankheiten.“ Dort wurde erstmals jene eigentümliche Erscheinung in der Mimik, bei der der Erkrankte trotz grimmig verzerrtem Mund zu lächeln scheint, beschrieben und als „Risus sardonicus“ bezeichnet. Im Mittelalter fand ein Umdenken statt. Nicht nur gingen viele wertvolle medizinische Schriften verloren oder wurden vernichtet, sondern die Chirurgie, die als Heilkunst fast ausschliesslich von Mönchen ausgeübt wurde, wurde von der inneren Medizin getrennt. Hier spielte der Klerus eine nicht unbedeutende Rolle dabei. Die Kirche und ihre Vertreter, also die Priester und Mönche sollten den Menschen als mit der Glorie der Heiligkeit umstrahlt erscheinen. Hier passten keine Mönche dazu, die Misserfolge in der Behandlung von Kranken aufzuweisen hatten. Auf dem Konzil von Reims 1131 und auf dem Laterianischen Konzil 1139 gab es päpstliche Verbote gegen die wundärztliche Betätigung der Kleriker. Die Würzburger Diozösesynode 1298 verbot Geistlichen sogar die Anwesenheit bei Operationen. Als Folge davon zogen die gelehrten, lateinisch sprechenden Ärzte zur Verrichtung chirurgischer Eingriffe fast stets ungelernte Leute wie Barbiere, Bader, Feldscher, Schmiede oder sogar Scharfrichter hinzu. So galt dieser Zweig der Medizin bis vor knapp 100 Jahren als „Handwerk“ und seine Vertreter als ungelehrt, oft als unehrlich, obwohl er in Alexandrien und später auch in Rom in hoher Blüte stand.

Fahrlässige Wundbehandlung erzeugte Tetanusfälle

Aus dieser Massnahme ergaben sich für die folgenden Jahrhunder te schwerwiegende Änderungen. Bei den drei ersten Kreuzzügen war kein einziger Chirurg dabei, was zur Folge hatte, dass die einfachen Soldaten starben und die Anführer wie Kaiser Konrad oder Richard Löwenherz in weit entfernte Städte mit guten medizinischen Betreu ungen gebracht werden mussten. Diese Umstände zwangen die Kreuzfahrer zur Eigeninitiative, und so schlossen sie sich in Orden zusammen, deren Ziel unter anderem die Pflege von Verwundeten war. Die Art der Wundbehandlung der damaligen Zeit führte zu besonders vielen Tetanusfällen. So goss man Öl und Wein, meist kochend, in die Wunden und stopfte schmutzige Streifen, die man mit dem Schwert aus dem sogenannten Übermantel abschnitt, in die Wunde, ehe man einen Notverband darüber anlegte. So entstand also oftmals Tetanus nicht durch die Verletzung selber, wohl aber durch die Behandlung. Auf diese Art und Weise verfuhr man fast 3 Jahr hunderte lang.

Paracelsus erkannte die Gefährlichkeit dieser Methode und wetterte gegen das Ausstopfen mit Fetzen, denn „in die Wunde gehört Artzeney und nit solch' Lumpenwerk“. Er beschrieb bereits in seiner „grossen Wundartzney“ dass die Wundeiterung und der Tetanus kein natürlicher Vorgang sei, sondern durch eine von aussen zugeführte Substanz entstehe. Er schrieb: „Denn der Arzt der da heylet, ist die Natur, jede Wunde heylet von selbst, so sie sauber und rein gehalten wird.“

Im 16. Jahrhundert war es Ambroise Pare, der für Aufsehen sorgte. Bei einer Schlacht in Italien ging ihm das Öl aus, so dass er einen Teil der Verwundeten nicht behandeln konnte. Zu seinem grössten Erstaunen stellte er am nächsten Tag fest, dass es den unversorgten Verletzten viel besser ging als den „kunstgerecht“ Behandelten. Er schrieb aus seinen Erfahrungen ein Buch.² Von den gelehrten Ärzten der Pariser med. Fakultät wurde er wütend angegriffen, da er nur ein „Barbierchirurg“ war. Ihren grössten Zorn zog er allerdings auf sich, weil er das Buch in französischer und nicht in lateinischer Sprache schrieb. So konnte jedermann die Kritik an den begangenen Fehler verstehen.

Friedrich II. (1712-1786) führte zwar einen Krieg nach dem anderen, aber in seinen Regimentern gab es nur ungenügend Lazarette. Von den 31 Kavallerie- und Infanterieregimentern besassen nur 6 Einheiten je einen Feldscher. So kam es, dass die Verwundeten nicht nur stundenlang, sondern oft tagelang unversorgt auf dem Schlachtfeld unter freiem Himmel bei jedem Wetter liegen blieben. 1760, nach der Schlacht von Torgau, lagen 9742 Verwundete in einer kalten Novembernacht, bis auf das Hemd ausgeplündert, auf dem Schlachtfeld. Bedingt durch die erdverschmutzten Partikel von Uniformen und mitgerissener Erde, die durch Granatsplitter und Geschosse in die Wunden gelangten, kam es besonders in Kriegszeiten zu extrem vielen Todesfällen. Zusätzlich zu der Verletzung kam noch erschwerend hinzu, dass der Organismus durch den Blutverlust geschwächt war, lokale und allgemeine Zirkulationsstörungen infolge Auskühlung und längeres Liegen auf dem Schlachtfeld und eine viel zu spät erfolgte Wundversorgung.

Bereits damals machten die Grenadiere die Chirurgen darauf aufmerksam, dass mit Pferdemist verunreinigte Wunden höchst gefährlich seien. In Ärztekreisen hielt man dies jedoch für einen Aberglauben des gemeinen Volkes. Doch nicht nur auf dem Schlachtfeld gab es Tetanus, auch bei vielen Treibjagden, die der Adel abhielt, kam er oft vor. Jean Charles Desessartz erwähnte in einer Abhandlung nebenbei, dass er noch nie Tetanus nach einer Jagdverletzung im Wald gesehen habe, auf dem freien Feld dagegen schon. Völlig unabhängig voneinander berichteten ebenfalls S. Mitrofanow aus St. Petersburg und Adam Chenot aus Luxemburg davon.³ Zeisslersprach von einem "Jungfräulichen Boden" auf dem kein Tetanus entstehen kann.⁴

Ähnliche Beobachtungen machte 1780 Jean Francois Coste als Chef-arzt der franz. Armee im amerikanischen Bürgerkrieg. In Kämpfen in den Ortschaften erkrankten die Menschen an Tetanus, aber so gut wie nie bei Kämpfen in Waldgebieten. Besonders Jean Dominique Lar-rey, der als ständiger Begleiter Napoleons bei allen seinen Feldzügen anwesend war, hat viele Beobachtungen über Tetanus gemacht. Auch er berichtete, dass es in Ägypten und in der Wüste Sinai zu keinem Tetanus unter den Verwundeten kam. Sobald man aber palästinisches, bzw. syrisches Gebiet betrat, wo der Boden kultiviert und gedüngt

war, gab es viele Tetanusfälle. Nach seiner Rückkehr aus Ägypten überreichte Larrey der höchsten wissenschaftlichen Körperschaft jeder Zeit, dem „Institute de France“ seine Abhandlung „Mémoire sur le tétonus traumatiqe“.

Während die französischen Heere sehr gut mit Lazarett- und Wundärzten ausgerüstet waren, gab es in der preussischen Armee keine bis ganz wenige. In den verschiedenen Ortschaften wurden deshalb Hals über Kopf eingerichtete Spitäler benutzt, die sich als schlimme Fallen erwiesen. Noch zu Beginn der Freiheitskriege 1805 war der Hospitalaufenthalt für die Soldaten fünf- bis sechsmal tödlicher als die Schlacht selber⁵. Sir James Simpson, der Entdecker des Chloroforms sagte: „Die Todeschance eines Mannes, der auf dem OP-Tisch unserer Hospitäler liegt, ist grösser als die des englischen Soldaten auf dem Schlachtfeld von Waterloo.“

Tetanus ist eine Wundinfektion, die nicht ansteckend ist. Weitere Wundinfektionen sind z.B. Gasbrand, Sepsis (Blutvergiftung) und Kindbettfieber. Die anaeroben Wundinfektionen wurden besonders durch den Einsatz neuerer Sprenggeschosse gefordert. Diese Sprenggeschosse schlugen erst auf die Erde auf und verursachten dann mit verschmutzten, unregelmässig gespalteten Splittern Wunden mit viel totem Gewebe. Von 95'000 Verwundeten im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 waren 350 an Tetanus erkrankt, das entspricht einer Rate von 3.7 Promille.

Koch und Pasteur kontra Pleomorphisten

Zu dieser Zeit herrschte ein Streit in der Wissenschaft. Louis Pasteur und Robert Koch behaupteten, dass für jede Krankheit ein bestimmter Keim verantwortlich sei. Ohne Keim keine Krankheit, so ihr Motto. Demgegenüber standen viele berühmte Ärzte wie z.B. C. Bernard, A. Bechamp und der Wiener Chirurg Billroth mit ihrer pleomorphistischen Meinung, dass z.B. die kugelförmigen Mikroben aus dem Wundeiter nur eine Vegetationsform vielgestaltiger „Coccobacteria septica“ seien und dass alle bei Wundeiterungen gefundenen Kugel- oder Stäbchenformen ineinander übergehen könnten.⁶ Robert Koch gelang es 1876 mittels Färben der Präparate mit Anilinfarben und mit einem Zeiss-Mikroskop, die verschiedenen

Bakterien darzustellen. Seine wichtigste Erkenntnis war: „Einer jeden Krankheit entspricht . . . eine besondere Bakterienform und diese bleibt, so vielfach auch die Krankheit von einem Tier auf das andere übertragen wird, immer dieselbe.“ Doch sowohl Koch als auch sein Konkurrent Pasteur verwechselten bei allen ihren Überlegungen die Ursache mit der Folge. Nur weil z.B. bei einem Tetanuserkrankten Tetanusbakterien vorgefunden werden, heisst das noch nicht, dass diese auch die Ursache für die Krankheit sind. Vielmehr kommt es durch eine Verletzung zu einer schlechten Durchblutung und als Folge davon zu einem Sauerstoffmangel im Gewebe. Erst wenn diese Bedingungen geschaffen sind, kann es zu Tetanus kommen. Dass nicht Pasteur und Koch, sondern doch wohl eher die sogenannten „Pleomorphisten“ recht haben, erkennt man daran, dass Tetanus auch in einer geschlossenen Wunde, ohne jegliche Zufuhr von Tetanusbakterien von ausserhalb entstehen kann, z.B. bei einem geschlossenen Knochenbruch. Hier stellt sich die Frage: Wie kamen die Tetanusbakterien, also die sogenannten „Erreger“ in den Organismus? Ganz einfach: Infolge der Verletzung ist abgestorbene Material entstanden, da es durch die schlechte Durchblutung zu Sauerstoffmangel kam. Das Milieu hat sich also hier verändert und nun sind auch die bereits in unserem Organismus zuhauf vorkommenden Bakterien und Viren in der Lage, ihre Form zu verändern und sich den neuen Umständen anzupassen.

Seit nahezu 150 Jahren streitet man, ob der Erreger die Krankheit verursacht oder die Krankheit den Erreger gedeihen lässt. Selbst Pasteur soll am Ende seines Lebens gesagt haben: „*Der Keim ist nichts, das Milieu ist alles.*“ Diese Erkenntnis kann heute jeder im Labor Tätige nachvollziehen. So gut wie jeder Erreger benötigt einen speziellen Nährboden - eben das Milieu! - damit er wachsen und gedeihen kann. Verändert man aber den Nährboden oder entzieht man ihn ihm, geht er zugrunde oder aber, was noch interessanter ist, er verwandelt sich. Das heisst, wenn im Körper kein geeigneter Nährboden zur Verfügung steht, nutzt der gefährlichste Keim nichts: Er kann keine Krankheit in diesem Organismus erzeugen. Das sehen wir besonders deutlich daran, dass es keine einzige Erkrankung gibt, bei der alle Infizierten auch erkranken. Noch bedenklicher sollte es uns auch

stimmen, dass die von Seiten der Medizin immer wieder zitierten Koch'schen Postulate für Krankheitserreger niemals bewiesen wurden und wir somit eigentlich weder damals noch heute genau wissen, was sich vor allem nach einer Impfung im menschlichen Organismus alles abspielt.

1884 stellten Carle und Rattone einen Zusammenhang zwischen Wunde, Erreger und Nervensystem her. Sie zeigten anhand von Tierversuchen, dass der Inhalt der Pustel bei einem an Tetanus verstorbenen, überimpft auf Tiere, typische Wundstarrkrampfsymptome verursacht.⁷ 1885 zeigte der Göttinger Student Nicolaier in seiner Dissertation, dass man durch Verimpfung von Erde bei Versuchstieren Tetanus erzeugen könne.⁸ Nachdem 1889 der Japaner Kitasato, der unter der Leitung von Robert Koch arbeitete, Tetanusbazillen in Reinkultur gezüchtet hatte und mit ihnen in Laborversuchen das klassische Bild des echten Wundstarrkrampfes erzeugt wurde, nahm die Medizin dies als endgültige Weisheit letzter Schluss an, womit es als bewiesen galt, dass für jede Krankheit ein bestimmter Erreger zuständig sei.

Clostridium tetani

In der Gattung Clostridium sind grampositive Stäbchen, die Endosporen bilden und obligat anaerob (unter Luftabschluss) sind, zusammengefasst. Der Begriff Clostridium stammt vom griech. „Spindel“ ab und auf die Bakterien zurückzuführen sind Krankheiten wie Gasbrand, Botulismus, Kindbettfieber, Tetanus, etc. Wobei hier, wie bereits oben ausgeführt, zwischen Ursache und Folge zu unterscheiden ist. Die Bakterien an sich sind nicht gefährlich, vielmehr werden von ihnen unter streng anaeroben Bedingungen, d.h. unter Luftschluss, Gifte produziert und an den Organismus abgegeben. Diese können dann zu einer schweren Erkrankung führen. Zu diesen Toxinen gehören das neurotoxisch wirkende Tetanospasmin, ein hochwirksames, selektiv wirkendes Nervengift, das die tonischen Krämpfe auslöst und das hämolytische Tetanolysin, ein möglicherweise cardiotoxisch wirkendes Gift. Die Krankheit ist nicht „ansteckend“. Man unterscheidet die generalisierte, die lokale und die neonatale Tetanuserkrankung. Die häufigste Form ist die generalisierte Tetanuserkrankung, eine

seltene Form ist die lokale, bei der nur Muskeln in der Umgebung der Verletzung betroffen sind. Es ist allerdings zu vermuten, dass diese lokale Form ebenfalls oft auftritt, nur wird sie höchstwahrscheinlich wegen ihrer leichten Form nicht als Tetanus diagnostiziert. Auf die neonatale Form, den sogenannten Nabelschnurtetanus wird weiter unten ausführlich eingegangen.

Tetanusbazillen sind weltweit verbreitet und kommen laut Angaben der WHO vor allem in geologischen Formationen vor, die sich durch Böden mit alkalischem pH-Wert kennzeichnen⁹. Die Inkubationszeit beträgt je nach Qualität des produzierten Toxins zwischen 3 Tagen und 2 Wochen, in der Regel 4 bis 14 Tage. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, desto kürzer die Inkubationszeit, desto ausgeprägter die Krankheit. Gefährdet sind also ausschliesslich Wunden unter Luftabschluss. Die meisten Verletzungen unserer Kinder jedoch sind Schürfwunden, die offen sind und gut bluten. Jede gut blutende Wunde kann nicht zu Tetanus führen. In einer Mitteilung des Schweizer Impfstoffherstellers Berna lesen wir: „In einem gesunden Gewebe, welches gut durchblutet ist, können sich die eingedrungenen Teta-nussporen nicht vermehren.“¹⁰

Wer ist prädestiniert an Tetanus zu erkranken?

Diabetiker und Arteriosklerose-Kranke können also eher erkranken, da es bei ihnen infolge von Durchblutungsstörungen im Wundbereich zu Sauerstoffmangel kommen kann. Wie gross ist denn die Chance für Kinder in Industrieländern an Tetanus zu erkranken? 1997 erklärten die offiziellen Gesundheitsbehörden der USA, keine Meldungen mehr von Tetanus an Kindern, die jünger als 15 Jahren sind, zu erhalten.¹¹ In der Schweiz sind mit Ausnahmen eines 10jährigen albanischen Kindes in den letzten 10 Jahren nur ältere Menschen an Tetanus erkrankt¹². In Österreich besteht für Tetanuserkrankungen keine Meldepflicht, man geht aber von 0 bis 3 Erkrankungen von erwachsenen Personen pro Jahr aus. In Deutschland wurde am 1.1.2001 das neue Infektionsschutzgesetz eingeführt und seit dem Zeitpunkt besteht nur noch in einzelnen Bundesländern eine Meldepflicht. Vor dem Jahr 2001 gab es ca. 7 bis 10 Erkrankungen jährlich, mit ganz wenigen Ausnahmen waren alles ältere Menschen. Im Kindesalter

verstarb laut Bundesstatistik seit 1973 nur noch ein älteres Kind an Tetanus¹³ Von den Verstorbenen waren 95 Prozent älter als 45 Jahre. Nach Angaben von Dr. Grätz enthält die Tetanusstatistik auch Fälle von Diabetes oder Ulcus cruris (offenes Bein); sie sind also nicht „bereinigt“!¹⁴

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich hat es seit Jahren keine Tetanusfalle bei einheimischen Kindern mehr gegeben. Was uns immer wieder gezeigt wird, sind Fälle bei Flüchtlingskindern, die nach ihrer Ankunft bei uns erkrankten. Infolge Hunger, Erschöpfung und schlechter medizinischer Behandlung kann bei ihnen durch eine Verletzung leichter Tetanus entstehen als bei unseren wilden, aber gesunden und wohlbehüteten Kindern.

Man kann das Tetanustoxin in den befallenen Wundbezirken nachweisen. Hierzu schreibt Prof. Dr. Hofmann: „Der mikroskopische Nachweis ist problematisch, da nur eine positive Diagnose möglich ist, der negative Ausfall aber nicht beweisend für die Abwesenheit von Tetanuserregern ist.“¹⁵ Alles sehr diffuse Aussagen, die unser Vertrauen in die Schulmedizin und ihre Verfahren keineswegs stärken.

Tetanus tritt oft nach operativen Eingriffen und Aborten auf.¹⁶ Die Todesrate für diesen postoperativen Tetanus wird mit fast 100 Prozent angegeben.¹⁷ Dies erklärt sich in der Art der Operation in Kombination mit mangelnder Hygiene. Heute werden z.B. bei der Entfernung von Gallensteinen keine grossen Operationen mehr durchgeführt. Mittels einer Endoskopie werden nur noch kleine Einschnitte nötig. Diese verheilen sehr schnell wieder. Aber das Gerät selber, das Endoskop, entspricht in vielen Fällen nicht den erforderlichen hygienischen Bedingungen. Dadurch sind bei der Operation Krankheitskeime in die Wunde gelangt, die dann - unter Luftabschluss - ideale Bedingungen vorfinden. Bei sehr vielen Tetanustodesfällen waren operative Eingriffe die Ursache der Tetanuserkrankung. Tetanusbazillen finden sich vor allem in Pferdeäpfeln, gebrauchter Kleidung, Gartenerde, Strassenstaub, etc.

Der Krankheitsverlauf und die Behandlung von Tetanus

Frühsymptome der Krankheit sind Unruhe, Zittern, Kopf- und Nackenschmerzen, Schluckbeschwerden, Spannungsgefühl im Gesicht. Das klassische Bild eines Wundstarrkrampfes zeigt eine gleichzeitige Kontraktion der agonistischen und der antagonistischen quer gestreiften Muskulatur. Das heisst, es werden gleichzeitig die Strecken und die Beuger z.B. des Unterschenkels kontrahiert. Bedingt dadurch kann es im schlimmsten Fall zu Knochenbrüchen kommen. Der Krampf kann manchmal nur einen lokalen Muskelbezirk umfassen, manchmal aber auch die gesamte Körpermuskulatur mitsamt der Zwischenrippenmuskulatur und des Zwerchfells, d.h. der Atemmuskulatur. Meist beginnen die Krämpfe im Gesichtsbereich beim Trismus oder es entsteht eine Kiefersperre. Leichteste Berührungen, Licht oder Lärm können einen erneuten Krampf auslösen. Man stellt sich vor dies geschieht dadurch, dass kleinste Toxinmengen via Neuronen das Zentralnervensystem diese krampfartigen tonischen Kontraktionen der willkürlich innervierten Muskulatur bewirken.

In der medizinischen Literatur klaffen die Angaben über die Todesrate unter den Erkrankten je nach Autor meilenweit auseinander. Sie reichen für die Industrieländer von 20 bis 60 Prozent. Woran liegt das? Wenn man die Autoren etwas näher ansieht, stellt sich heraus, dass diejenigen mit hohen Sterblichkeitsangaben in ihren Aussagen meist in einem engen Verhältnis zur Pharmaindustrie stehen. Die zugegebenermaßen früher sehr hohe Sterblichkeit bei Tetanus ist bereits seit etlichen Jahren durch die ständig verbesserten medizinischen Möglichkeiten stark rückläufig und lag zwischen 2,3 Prozent bei den Zwanzigjährigen und bei 18 Prozent bei den über 60jährigen¹⁸

Bei der absoluten Mehrzahl der Erkrankten kommt es also 1 bis 2 Wochen nach dem Krankheitsausbruch zum Rückgang der Krämpfe und zur völligen Wiederherstellung der Gesundheit. Schulmedizinisch gibt es wenig Möglichkeiten der Behandlung, deshalb wird umso vehemente auf eine hohe Durchimpfungsrate gepoche. Als Behandlung dient einerseits das Tetanus-Immunglobulin, also die sogenannte passive Impfung, Intensivüberwachung, künstliche Beatmung, Antibiotika sowie Ruhigstellen, bzw. Lähmen der Muskulatur zur Behebung der Krämpfe. Mit einer grosszügigen Entfernung des ver-

letzten Gewebes hofft man, einen günstigen Verlauf auf die Krankheit zu nehmen. Dies gelingt in aller Regel nur dann, wenn es frühzeitig stattfindet. Man wartet also ab, bis es zu einer langsamem Entgiftung des gebundenen Toxins durch den Organismus kommt. Die sehr hohe Gabe von Immunglobulinen, also „Antikörpern“ in den Organismus, um die Entgiftung zu beschleunigen, ist selbst unter Medizinern stark umstritten.¹⁹

Bei einer tetanusverdächtigen Wunde - und selbst dieser Begriff ist scheinbar sehr dehnbar - wird bei unvollständigem, fehlendem oder unbekanntem Impfstatus eine Passivimpfung verabreicht, meist in Kombination mit einer aktiven Impfung. In dieser Gabe der passiven Impfung sind 250 IE Antitoxin enthalten, bei sehr schweren Verletzungen oder Verbrennungen werden auch 500 IE verabreicht. Kinder und Erwachsene erhalten die gleiche Dosis. 0,5 ml IE der aktiven Impfung enthalten dagegen mindestens 40 IE. Diese Zahl ist von der WHO verpflichtend vorgeschrieben. Ab dem 6. Lebensjahr sollte wegen der besseren Verträglichkeit des Diphtherietoxoidanteils allerdings der Td-Kombinationsimpfstoff mit 30 IE Tetanus und nur 2 IE Diphtherietoxin verwendet werden.²⁰

In der Homöopathie behandelt man je nach Art der Verletzungen mit unterschiedlichen Hauptmitteln. Hier sind besonders Arnika, Ledum und Hypericum zu nennen. Bei einer grösseren Wunde ist es deshalb dringend empfehlenswert, den Rat des Homöopathen einzuhören. In Indien sind die Tetanusfälle dank dem Einsatz der Homöopathie rapide zurückgegangen. Da sollte es doch möglich sein, dies auch bei uns in Mitteleuropa zu erreichen.

Die Behandlung mit Magnesiumchlorid hat sich ebenfalls als sehr erfolgreich bewiesen. In „La Vie Ciaire“ vom November 1960 war ein Erfolgsbericht über diese Methode abgedruckt: „1916 war ich Krankenpfleger im Operationssaal, Kriegschirurgie. Der Chef-Chirurg hatte sich damals an Dr. Delbet aus Paris gewandt und gebrauchte seither eine Magnesiumlösung um in nur wenigen Tagen drei junge sterbende Soldaten mit Tetanus zu heilen. Bis dahin starben alle, sei es auf dem Balkan, oder in Frankreich, es gab kein wirksames Mittel dagegen . . . Aber seit unser Chefarzt Dr. Delbet und seine Entdeckung kannte, gab es durch Tetanus keine Todesfälle“

mehr. Es wurde Magnesium benutzt." Durch eine falsche Ernährung, die ein Absinken des Magnesium-Spiegels im Blut ermöglicht, kann bei Tieren Tetanus auftreten.²¹

In alten medizinischen Lehrbüchern sind folgende Behandlungsmethoden beschrieben: Als erstes die Wunde (sofern vorhanden) gründlich reinigen. Dann den ganzen Körper kräftig mit warmen, trockenen Händen oder trockenen Tüchern reiben und danach trockene oder feuchte Ganzpackungen mit einer mit feuchtem Handtuch umwickelten sehr, sehr heißen Wärmflasche an den Füßen ruhen lassen. Bei leichteren Fällen ein Bettdampfbad oder Fussbad machen, mit anschliessender Ganzabreibung. Sobald Schweiß auftritt, keine trockenen, sondern feuchte Packungen anwenden. Kräftige, kühle Fuss- oder Beinabreibungen, kleine Klistiere, nachts ein „erregender Leibumschlag“, Wadenpackungen, frische Luft, reizlose Kost und Wasser zum Trinken werden empfohlen. Was hier beschrieben wird, ist nichts anderes als durch die Reibung und die Packungen die Durchblutung anzuregen. Sobald wieder ausreichend Sauerstoff im Organismus vorhanden ist, können die Tetanusbazillen sich nicht mehr vermehren.

Nabelschnurtetanus

In Entwicklungsländern kann in Abnabelungswunden bei mangelnder Hygiene Tetanus entstehen. Erschwerend kommt hinzu, dass in diesen Kulturkreisen die Menschen oft auf dem Boden gebären und es in bestimmten Ländern Sitte ist, dass man auf die Schnittstelle der Nabelschnur z.B. Erde, Kuhmist, Tabakblätter, Gemüse, etc auflegt. So verwundert es auch nicht, dass viele dieser Neugeborenen nach einer Inkubationszeit von 3 bis 14 Tagen, in extremen Fällen von einem Tag bis einem Monat nach der Geburt, an *Tetanus neonatarum* erkranken, dem sogenannten Nabelschnurtetanus. Wenn man von der WHO die angegebenen Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle an Tetanus weltweit liest, so versterben von ca. 1 Million Erkrankter, 309'000 Menschen.²² Doch hier ist ein grosser Teil vermeidbarer Nabelschnurtetanusefälle dabei. Ohne Therapie verläuft die Krankheit in praktisch 100 Prozent der Fälle für die Säuglinge tödlich. Im Mittel kommt es nach Angaben der WHO bei ca. 80 Prozent der Kinder zum

Tod.²³ Albanien und die Türkei haben ausser Afrika und Indien die höchsten Fälle an Nabelschnurtetanus. Sie belaufen sich auf 0.05 bis 0.10 Fälle per 1000 Lebendgeborenen.²⁴ Damit die Neugeborenen vor Tetanus „geschützt“ sind, hat die WHO eine Kampagne ins Leben gerufen, damit in den betroffenen Ländern die schwangeren Frauen sich impfen lassen sollen. Angeblich, so zeigen einige Studien, seien die Kinder durch die von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft übertragenen Antikörper gegen Tetanus geschützt. Dass der Neugeborenentetanus immer noch grassiert, wird mit einer ungenügend hohen Durchimpfungsrate erklärt. Es häufen sich allerdings die Gegenstudien die belegen, dass diese Kinder trotz Impfung der Mutter dennoch erkrankten²⁵

Am Beispiel von China erkennt man, dass es auch ohne Impfungen geht: Seit 1950 führt dieses Land ein natürliches Programm zur Schaffung hygienischer Bedingungen bei Geburten durch, wobei der Nabelschnur besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dieses Programm, dass völlig ohne Impfungen auskommt, hat zu einer erheblichen Reduktion des Tetanus bei Säuglingen geführt²⁶ Die WHO selbst erwähnt in ihren Veröffentlichungen über die Ergebnisse des „Erweiterten Impfprogramms“, dass unabhängig von den Impfungen schwangerer Frauen mit Sicherheit auch andere Faktoren zur Verringerung der Häufigkeit des Nabelschnurtetanus beigetragen haben. Sie erwähnt hier vor allem die grössere Zahl der Spitalgeborenen. Die UNICEF stellt in afrikanischen Ländern Material für eine hygienische Geburt bereit. Plastikplanen, um den Boden abzudecken und auf diese Weise den Schmutz fernzuhalten, Seife, eine Rasierklinge, um die Nabelschnur zu durchtrennen, sowie einen sauberen Faden zum Abbinden der Schnur. Gleichzeitig sammelt sie Geld, um Impflingen dort durchzuführen. Sollte der Tetanus bei Neugeborenen dann irgendwann einmal augenfällig zurückgegangen sein, so wird selbstverständlich dieser Erfolg den Impfungen verbucht werden.

Österreichs „Impfexperte“ Prof. Dr. Kollaritsch rät österreichischen Müttern: „Eine (Tetanus-) Impfung während der Schwangerschaft kann und soll durchgeführt werden“²⁷ In seinem Impfeifer vergisst er, dass — selbst wenn die Impfung „schützen“ würde - sie in Österreich fehl am Platze wäre, weil es dort keinen Nabelschnurtetanus

gibt. Soweit uns bekannt, ist Österreich kein Entwicklungsland! Aber er denkt vermutlich in weiser Voraussicht an seine zukünftigen Kollegen, die dann in 100 Jahren lauthals verkünden können, dass diese Krankheit dank den Impfungen verschwunden ist. Derartige Szenarien sind uns ja aus der Geschichte der Medizin bestens bekannt.

Die Tetanusimpfung

Der Pharmakonzern Hoechst produzierte bereits die passive Diphtherieimpfung als sie sich gemeinsam mit Emil Behring und Paul Ehrlich 1896 an die industrielle Herstellung der passiven Tetanusimpfung wagten. Später übernahmen die Behringwerke in Marburg die Produktion. Behring und Kitasato waren es, die bereits 1892 anhand von Tierversuchen zeigten, dass die Impfung angeblich Antikörper bildete. Diese passive Impfung nannte man damals Heil- oder Schutzserum, bzw. Serumtherapie. Die Gewinnung dieser Seren erfolgte durch Einspritzung von Bakterienauflösungen oder toxinhaltigen Seren vor allem bei Rindern, Pferden und Hammeln. Erst 1971 stellten die Behringwerke die Produktion auf Rindern und Hammeln ein, und 1972 auch auf Pferden. Bei der passiven Impfung war und ist die Gefahr eines anaphylaktischen Schocks sehr gross. 1902 gelang es dem Franzosen Charles Robert Richet, die Wirkung der Anaphylaxie zu erklären, wofür er 1913 den Nobelpreis erhielt. Ein anaphylaktischer Schock ist eine Überempfindlichkeitsreaktion des Organismus, die nach einer Sensibilisierungsphase bei erneuter Impfung wieder auftritt. Sie geht oft tödlich aus. Viele Menschen mussten wegen dieser Impfung in den Anfängen der Euphorie mit der passiven Impfung ihr Leben lassen.

Im aktiven Impfstoff ist das sogenannte Tetanustoxoid enthalten. Die Tetanusbazillen sondern ein Gift aus, also ein Toxin. Wenn man dieses Gift entgiftet (!), soll es im Impfstoff verabreicht, uns vor Tetanus „schützen“. Um dieses Gift zu entgiften, wird Clostridium tetani in flüssigen Kulturen unter sauerstofffreien (anaeroben) Bedingungen angezüchtet. Anfangs wurden zur Produktion Fleischwasser- und Peptonnährböden benutzt. Heute werden sie durch synthetische und halbsynthetische Medien ersetzt.²⁸ Das Bakterium sondert das Toxin nach vier bis sechs Wochen Inkubation bei 38°C bis 40°C in die flüs-

sige Phase der Kultur ab, aus der es angereichert und partiell gereinigt wird. Da man das Gift entgiftet, es aber trotzdem angeblich noch immunogen sein soll, geschieht nach Aussagen der Hersteller durch den Zusatz von Formalin. Als Adjuvans (Begleitstoff) ist Aluminiumhydroxid beigefügt, ausserdem je nach Hersteller Thiomersal, Polysorbat 80, Natriumtimerfonat, etc.

Unsere Kinder sollen - so die Impfbefürworter - drei Dosen Impfstoff als sogenannte Grundimmunisierung im Abstand von vier bis acht Wochen erhalten, nochmals je eine Impfung vor Schuleintritt sowie vor der Pubertät. Die Impfempfehlungen schwanken je nach Angaben der einzelnen Länder. Mit der Impfung begonnen wird ab dem zweiten, bzw. dritten Lebensmonat. Lauf offiziellen Empfehlungen der Gesundheitsbehörden sollen Erwachsene sich alle 10 Jahre wiederimpfen lassen. Liegt bei einem Unfall die letzte Tetanusimpfung mehr als fünf Jahre zurück, wird sofort nachgeimpft. Bis Ende der Siebzigerjahre wurde in vielen Ländern eine jährlich Auffrischimpfung empfohlen. Erst 1978 hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie beschlossen, auf Basis von verschiedenen Untersuchungen aus dem Ausland die empfohlenen Fristen auf 10 Jahre zu verlängern²⁹ Soweit zur Theorie. In der Praxis wird nach einer Verletzung meist ohne nachzufragen, gegen Tetanus und Diphtherie gleichzeitig geimpft. Nicht etwa, dass man durch eine Verletzung oder nach einem Unfall diphtheriegefährdet wäre! Aber hier hat man eine gute Gelegenheit, die Durchimpfungsrate auf elegante Art und Weise zu erhöhen. Die meisten der so Geimpften wissen nicht einmal, dass sie auch noch die Diphtherieimpfung erhalten haben.

In Österreich hatte Prof. Kollaritsch anlässlich des 3. Impftages in Salzburg (März 1994) diese neue „Impfstrategie“ allen Kollegen wärmstens empfohlen. Heute gibt es nur noch von wenigen Herstellern die Tetanusimpfung als Einzeldosis. Man möchte am liebsten alles verimpfen, was man bislang entwickelt hat, nach Möglichkeit in einer einzigen Spritze vereint. Sechs-fachimpfstoffe haben wir bereits, momentan wird an einer Zehnfachimpfung gearbeitet. Es geht weniger um die Reduzierung der Inhaltsstoffe - wie uns immer erzählt wird - als vielmehr darum, alle Kinder mit allen Impfstoffen beglücken zu wollen. Und so findet seit Jahren eine Überimpfung der Be-

völkerung mit dem Tetanusimpfstoff statt. „Zu häufige Auffrischungsimpfungen sind nicht nur überflüssig, sondern unter Umständen von hyperergischen (gesteigerten) Reaktionen begleitet," schreibt Prof. Spiess, er spricht von 0,5 bis 4 Prozent aller Auffrischimpfungen.³⁰ Durch zu häufige Tetanusimpfungen kann es zu einer ausgedehnten Rötung und Schwellung von mehreren Zentimetern Durchmessern kommen. Oft kommt es auch in den ersten zwei Wochen nach der Auffrischimpfung zu Nervenentzündungen und Lähmungen. Bei uns im deutschsprachigen Raum sind viele Menschen „überimmunisiert“ mit diesem Impfstoff. Das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) warnt die Patienten vor einer Überimpfung, gleichzeitig aber werden die behandelnden Ärzte aufgerufen, jede Gelegenheit zu einer Impfung zu nutzen.

Die passive Impfung

In Deutschland werden jährlich etwa 70'000 Liter an passivem Impfstoff verbraucht. Lediglich 10000 Liter davon sind in Deutschland selber gewonnen worden. Der Rest wird aus den USA importiert. Um dieses „Anti-Tetanus-Toxin-Plasma“ zu erzeugen, benötigt man Spender. Voraussetzung ist die regelmässige Immunisierung dieser Spender, auch dann wenn keine medizinische Indikation vorliegt. Das heisst, man hyperimmunisiert diese Menschen.³¹ Im Rahmen einer solchen „Sammlung von Plasma“ band man die Spender kurzerhand in eine Studie mit ein und untersuchte, inwieweit die Hyperimmunisierung dem Organismus schade oder nicht. Die Studie schliesst mit den nicht sehr aussagekräftigen und beruhigenden Worten: „Die aufgetretenen Nebenwirkungen waren alle von leichtem Schweregrad und überwiegend kurzer Dauer. Diese Feststellung gilt jedoch nur für Antikörperkonzentrationen bis zu 5 IE/ml, da zur Bewertung höherer Konzentrationen die vorhandene Probandenzahl nicht ausreichte.“³² Die meisten der Probanden erreichten aber einen Titer über 12 IE/ml. Aber ihre Nebenwirkungen wurden nicht aufgenommen, man hätte daraus negative Schlüsse ziehen können.

In Deutschland, Österreich und Luxemburg gehört die Tetanusimpfung zu den empfohlenen, d.h. nicht obligatorischen Impfungen. In Südtirol (Italien) ist sie zusammen mit der Polio-, Diphtherie- und

Hepatitis B-Impfung bis zum sechsten Lebensjahr obligatorisch. In der Schweiz ist sie nur empfohlen, ausser im Kanton Fribourg, wo sie obligatorisch ist.

Sowohl Chiron-Behring als auch Aventis Pasteur MSD haben die Produktion von Diphtherie-Tetanus-Kombinationsimpfstoffen eingestellt. Angeblich sei die Nachfrage nach dieser Kombination zu gering gewesen. Die Eltern verlangten heute für ihre Sprösslinge, nach Angaben der Hersteller nur noch die Sechsachsimpfung.³³ Wenn man allerdings als Eltern einen Einzelimpfstoff oder auch schon nur eine Zweier-Kombination haben möchte, heisst es lakonisch, sie würden nicht mehr hergestellt. Es liegt also nicht an der Nachfrage von Seiten der Eltern, sondern am nicht vorhandenen Angebot der Hersteller.

Tetanusimpfungen als getarnte Sterilisation?

Viele Eltern in Afrika und Indien weigern sich, ihre Kinder impfen zu lassen, da sie befürchten, durch die Impfung mit weit schlimmeren Krankheiten angesteckt zu werden. Leider ist die Angst der Menschen nicht unbegründet. Wie durch die BBC in Verbindung mit dem philippinischen Gesundheitsdepartement und der philippinischen Ärztegesellschaft berichtet wurde, wurde Frauen im gebärfähigen Alter auf den Philippinen eine Tetanusimpfung verabreicht, die undeklariert mit HCG (human chorionic gonadotropine) kombiniert war. Dr. Reynaldo Echavez von der philippinischen Ärztegesellschaft stellte fest, dass die Anwesenheit von HCG in der Tetanusimpfung bewirkt, dass die Frauen HCG-Antikörper bilden, die eine spontane Fehlgeburt verursachen, wenn die Frau schwanger wird. Viele philippinische Frauen erlitten Fehlgeburten als direktes Resultat der absichtlich veränderten Tetanusimpfung.

Vor einigen Jahren wurden ähnliche Impfungen in Uganda durchgeführt, daher auch die Angst der afrikanischen Bevölkerung. Laut BBC gibt es weltweit mehrere Forschungsprojekte, die eine empfängnisverhütende Impfung, kombiniert mit Tetanus, testen. Die American Life League weist auf Parallelen zwischen dem Impfskandal auf den Philippinen mit dem Impfprogramm der Bill-Gates-Stiftung für Entwicklungsländer hin: Das Tetanus-Programm der Gates-Stiftung sieht ebenfalls nur Impfungen für Frauen im gebärfähigen Alter vor,

und der Impfstoff wird ebenfalls über die WHO zur Verfügung gestellt.³⁴ Allem Anschein nach wird hier absichtlich eine Art „Bevölkerungszuwachskontrolle“ in der Dritten Welt durchgeführt. Wenn die Impfkritiker eine Studie vom Gesundheitszustand zwischen Geimpften und Ungeimpften fordern, so wird dies immer mit dem Hinweis verweigert, aus ethischen und moralischen Gründen könne sie nicht durchgeführt werden. Aber wenn man Frauen in der Dritten Welt ohne ihr Wissen und gegen ihren Willen zwangssterilisiert, dann tauchen die Begriffe Ethik und Moral bei den Verantwortlichen plötzlich nicht auf. Nun dürfte wenigstens klar sein, was man von einer Weltgesundheitsbehörde zu erwarten hat, die solche Massnahmen nicht nur gutheisst, sondern noch mitinitiiert.

Was sagt ein Titer über den Schutz aus?

Die heute gängige Medizin reduziert unser Immunsystem auf die Aussage: „Viele Antikörper schützen uns, zuwenig oder aber keine lassen uns erkranken.“ Diese Aussage ist eindeutig falsch. Sie lässt sich weder auf alle Menschen, noch auf einen gewissen Teil von ihnen anwenden. Bei einer sogenannten Titerbestimmung werden die Antikörper im Blut gemessen. Allerdings haben kommerziell verfügbare ELISA-Tests in den unteren Messbereichen einen geringen Vorhersagewert und nur hohe Titer können auch erkannt werden.³⁵ Außerdem sind Titerbestimmungen nicht standardisiert, d.h. wenn man den Titer von verschiedenen Herstellern messen lässt, bekommt man Ergebnisse aus der ganzen Bandbreite geliefert. In der Forschung ist ebenso seit etlichen Jahren bekannt, dass Antikörper im Blut lediglich aussagen, dass dieser Organismus Kontakt mit einer bestimmten Mikrobe hatte. Über einen allfälligen Schutz sagen sie rein gar nichts aus. Und hier ist speziell der Tetanus ein gutes Beispiel dafür. Auf der 8. Internationalen Tetanus-Konferenz von 1987 wurde berichtet, dass verschiedenen Untersuchungen zufolge auch Personen, die eine erhöhte Zahl von Antikörpern im Blut hatten, an Tetanus verstorben sind, und dass ungeimpfte Menschen, die Tetanusbazillen in sich tragen, keineswegs immer an Tetanus erkranken.³⁶ An Beispielen für diese Aussage mangelt es in der medizinischen Literatur keineswegs. In einer Untersuchung von 1992 wird über schwere Tetanuserkrankungen berichtet, die bei Personen mit einem hohen Titer an Tetanusantikörpern aufgetreten waren. Eine andere Untersuchung aus den USA aus dem Jahr 1994 zeigt, dass von 1970 bis 1990 in den USA 1000 Fälle von schwerem Tetanus aufgetreten waren, obwohl die Tetanusimpfung in den USA weit verbreitet war und die Tetanusantikörper im Blut von fast allen Erwachsenen nachweisbar waren.

kungen bei durch Impfungen hochimmunisierten Männern berichtet.³⁷ Einer dieser Männer war hyperimmunisiert worden, um Tetanus-Immunglobuline zu produzieren. Bei einem der Patienten war ein Maustest negativ verlaufen, trotz positiven Antikörpern. Es wurde angemerkt, dass die Immunität gegen das Tetanusgift (in der Impfung) nicht identisch war mit der Immunität des Tetanus-Neurotoxins (durch die Krankheit produziert). Die Autoren der Studie drängten die Ärzte, nicht vor einer Tetanus-Diagnose zurückzuschrecken, nur weil die Patienten geimpft sind und über einen angeblich schützenden Antikörperspiegel verfügen, doch im übrigen klassisch klinische Symptome aufweisen. Hier wurde klar bewiesen, dass das „Ergebnis“ einer Tetanusimpfung im menschlichen Organismus keinen Schutz vor der Krankheit bedeutet. Und das es vermutlich noch mehr Tetanusfälle unter den Geimpften gibt, die dann aber nicht gemeldet werden dürfen, weil nicht sein kann, was nicht sein darf. Einer der Männer in der Untersuchung verstarb trotz Hyperimmunität. Passen und Anderen beschreiben den Tetanusfall eines 35jährigen Mannes, der einen Antikörpertiter besass, der sechzehnmal höher war als für einen Schutz benötigt wurde.³⁸

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden viele Untersuchungen mit ähnlichen Ergebnissen in renommierten medizinischen Zeitschriften veröffentlicht. Unter anderem der eines Tetanus-Todesfalles, wobei der Patient eine Passivimpfung mit 250 IE erhalten hatte.³⁹ Dabei soll uns angeblich bereits ein Titer von 0,1 IE „schützen“. Ebenso werden laufend Tetanuserkrankungen von Kindern gut durchgeimpfter Mütter berichtet. In einer Untersuchung wurde über neun Neugeborenen-Tetanusfälle bei Kindern mit hohem Titer berichtet. Die Mütter der Kinder hatten mehrfach Auffrischimpfungen während der Schwangerschaft erhalten⁴⁰ Neuerdings will man die Impfstrategie für ältere Menschen neu überdenken, denn nach einer Studie sollen viele der über 65jährigen keine ausreichenden Antikörper aufbauen.⁴¹ Die österreichischen Behörden raten deshalb, in dieser Altersgruppe noch öfters Tetanusimpfungen durchzuführen.

Interessant ist zu erfahren, wie man in der Schulmedizin zu der Annahme kommt, ein Titer mit Werten von 0,1 U/ml bis 1 U/ml „schütze“ uns vor Tetanus. Diese Angaben kamen nach Tierversu-

chen Zustände in denen ein Zusammenhang zwischen Symptomen und Tod nach Tetanus untersucht wurde. Die Zahlen wurden 1937 von einem Forscher namens Sneath veröffentlicht und werden kommentarlos ohne jegliches Überprüfen oder Hinterfragen bis und mit auf den heutigen Tag in der Medizin als Dogma akzeptiert.⁴²

In einer Untersuchung in Mali, die für einige Aufregung sorgte, wurde gezeigt, dass Menschen, die nie eine Tetanusimpfung erhalten hatten, einen Titer von mehr als 0,1 IE/ml im Blut aufwiesen. Dies wurde als Beweis angesehen, dass es eine natürliche Immunität gegen Tetanus geben müsse. Vor allem die Menschen in den afrikanischen Ländern leben unter ungünstigen hygienischen Bedingungen. Sie hätten, so das Fazit der Studie „durch orale Aufnahme von Tetanuserregern eine stille Immunität gegen Tetanus im fortgeschrittenen Lebensalter“ erhalten.⁴³ Wenn das stimmen würde, warum erkranken und sterben dann aber vor allem in afrikanischen Ländern so viele Menschen an Tetanus? Die grosse Mehrheit von ihnen lebt doch unter absolut ungünstigen hygienischen Bedingungen und sie sollten doch eigentlich nach dieser Theorie alle bestens gefeit sein gegen Tetanus.

Schützt die Tetanusimpfung vor Tetanus?

1890 hatte Behring nach eigenen Angaben im Serum von Meerschweinchen, die er mit Diphtherietoxin behandelte, Eigenschaften festgestellt, die angeblich in der Lage waren, das Toxin (Gift) zu neutralisieren. Zusammen mit Kitasato stellte er auch in den Versuchstieren, die sie mit Tetanustoxin vorbehandelt hatten, die gleichen Eigenschaften fest.⁴⁴ Paul Ehrlich hatte sich ebenfalls mit dieser Thematik befasst. Der Begriff des Toxoids und die Kenntnis über die Mechanismen der Toxin/Toxoid-Umwandlung haben wir Paul Ehrlich zu verdanken, der in seiner mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Arbeit unter anderem über die Entgiftung einer Tetanusbouillon mit Schwefelkohlestoff berichtete und damals die Bezeichnung Toxoid vorschlug. Unter Toxin versteht man, wie bereits oben beschrieben, ein Gift, wie z.B. das Gift das die Tetanusbazillen absondern. Unter Toxoid aber ist laut Behring in der Schulmedizin ein „entgiftetes Gift“ zu verstehen.

Die Chemiker der damaligen Zeit widersprachen P. Ehrlich und E.

Behring vehement, wusste man doch bereits, dass der menschliche Körper nicht immun gegen Gifte werden kann. Was hier dargestellt wurde, war nichts anderes, als eine Gewöhnung des Organismus an das Toxin, das Gift der Tetanusbazillen. Chemiker, wie z.B. Louis Lewin bezeichnen diese Gewöhnung als „eine Folge der Zellschwäche, aber nicht die Wirkung von „Antikörpern“, den Hirngespinsten die zu Glaubensartikeln ausgewachsen sind“. Er sagt weiter: „... es ist unmöglich, als Grund dieser Toleranz „Antitoxin“ im Blute zu finden.“⁴⁵ Nichtsdestotrotz führten die Aussagen Behrings zur Serumtherapie und Serumprophylaxe des Wundstarrkrampfs beim Menschen. Heute nennen wir dieses Vorgehen passive Impfung, oder korrekter ausgedrückt Immunglobulintherapie.

Wie allerdings genau diese Entgiftung stattfindet, bzw. wie diese „entgifteten Gifte“ im menschlichen Organismus eine Immunität erzeugen sollen, weiss niemand exakt zu sagen. Seit mehr als 100 Jahren akzeptieren wir diese Aussagen, ohne sie nachvollziehen oder belegen zu können. Und die Menschheit lässt sich seit mehr als 100 Jahren gegen diese Krankheit impfen im guten Glauben, einen „Schutz“ in sich zu tragen.

Eine Tetanuserkrankung hinterlässt keine Immunität

Bereits Vincenci hat festgestellt, dass es kein Antitoxin im Blut des Menschen gibt, der die Krankheit überstanden hat.⁴⁶ Dr. J. Tissot schreibt dazu: „... kurz, das Tetanus-Anatoxin immunisiert nicht und kann es auch nicht. Eine Tetanuserkrankung macht auch nicht immun. Das Antitoxin-Serum (passive Impfung) ist total unwirksam, weil die Erkrankung autogen oder endogen ist... Unter diesen Bedingungen sind also sowohl Antitoxin als auch Serum unwirksam und haben als Ergebnis nur, dass dem Menschen eine lang andauernde Colibazillose eingeimpft wird, die ihn für chronische Krankheiten empfänglich macht. Der Gebrauch dieser Substanzen sollte verboten werden.“⁴⁷

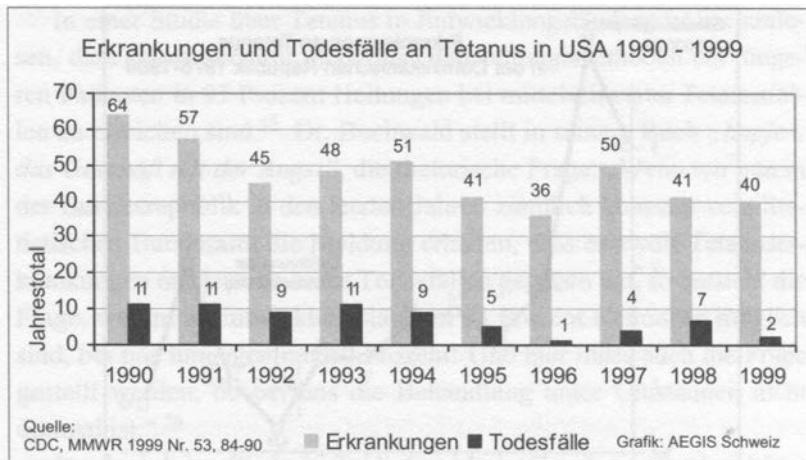
Unter autogen oder endogen versteht er, dass die Krankheit durch eine Veränderung des körpereigenen Milieus, also ohne „Erreger“ ausbricht. Sie kann aber auch exogen, also durch einen von aussen eindringenden „Erreger“ entstehen. Durch die Tetanusimpfung gelan-

gen die Giftstoffe des Erregers in den menschlichen Organismus. Die Leber muss diese Stoffe abbauen und die Nieren müssen sie aus dem Körper ausscheiden. Aber bei vielen Menschen arbeiten Leber und/oder Nieren nicht optimal. Der Körper lagert diese Stoffe dann einfach ab, sie verlassen den Organismus nicht. Und hier wird die Grundlage für viele Beschwerden gelegt, wie es Dr. Tissot auch mit dem Hinweis auf die chronischen Krankheiten gezeigt hat.

Dr. Jules Tissot, früherer Physiologie-Professor aus Paris, schreibt in seinem dritten Buch (1946), wie solche Krankheiten ohne Erreger entstehen können: „Die Erkrankung mit Tetanus, welche nach einer Kastration entstehen kann, erklärt sich folgendermassen: Die Blutgefäße der tierischen Hoden werden durchtrennt und abgebunden, die Mikroben aus den Hodenzellen, denen nun Sauerstoff fehlt, leben dadurch in Anaerobiose und verursachen Tetanus oder Gasbrand, beide mit endogenem Ursprung, d.h. verursacht durch einen Bazillus, welcher aus einem (Mitochondrium oder) Gen einer in Verwesung befindlichen Zelle des befallenen Organismus stammt.“ Durch die Arbeiten von Prof. Tissot wird auch erklärbar, warum ältere Menschen eher an Tetanus erkranken als z.B. Kinder. Er konnte belegen, dass in der Genese des Tetanus bei älteren Menschen häufiger solche mit Kreislaufproblemen betroffen waren. Ihre Gewebe sind ärmer an Sauerstoff und dadurch kann leichter Tetanus entstehen. Tetanus nach einer Abtreibung erklärt sich durch die Besiedelung der Gebärmutter mit Blutgerinnseln, was die Anaerobiose in den Zellen leicht möglich macht und wo deswegen leicht Tetanusbazillen entstehen und sich vermehren können. Wenn man die grundlegenden Tatsachen begriffen hat, versteht man auch, warum im Saint James Hospital in Chicago zwei Tetanuskranke, nachdem sie in einen Kasten gelegt wurden, in dem unter Druck Sauerstoff ausströmte, ohne jede andere medizinische Massnahme vom Tetanus geheilt wurden.⁴⁸

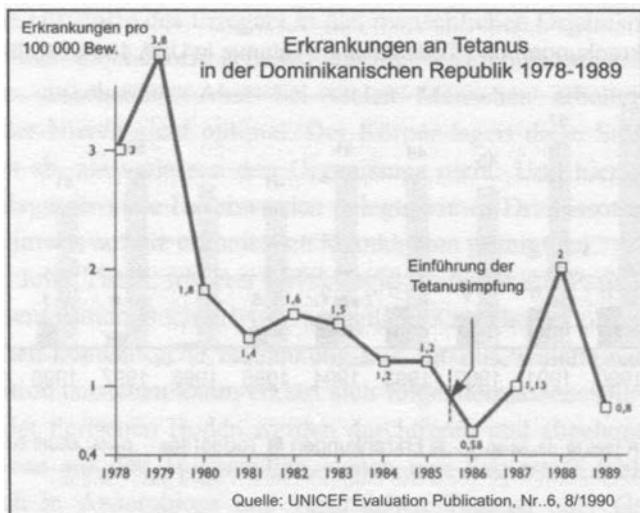
Der menschliche Körper kann nicht immun gegen Gifte werden

Doch selbst wenn es möglich wäre, dass der menschliche Körper immun gegen Gifte werden könnte, kann diese Impfung uns keinen Schutz verleihen, weil wir einen ganz wichtigen Punkt übersehen haben. Nach einer natürlichen Tetanuserkrankung entsteht keinerlei

**Bild 29**

Immunität vor einer erneuten Erkrankung. Die Natur hat das - aus welchen Gründen auch immer - nicht vorgesehen. Aber angeblich ahmen Impflingen, nach Meinung der Impfbefürworter, die Natur nach. Wie kann die Impfung uns dann also schützen? Die Schulmedizin behauptet, es entstehe nach einer natürlichen Erkrankung nur deshalb keine Immunität, weil die tödliche Tetanustoxinmenge zu gering sei, und deswegen das Immunsystem nicht mit einer Immunantwort reagieren könne. Diese Impfung kann uns nicht schützen und das erkennen wir daran, wenn wir uns die Erkrankungszahlen genauer ansehen. In Finnland sind von 1969 bis 1985, d.h. innerhalb von 16 Jahren, drei geimpfte Kinder an Tetanus erkrankt. Ein fünfjähriges, dreimal geimpftes Kind erkrankte typisch mit Krämpfen. Ein zehnjähriges Kind hatte im ersten Lebensjahr drei Dosen und mit sieben Jahren eine Boosterung (Auffrischimpfung) erhalten, sowie ein 12jähriges Kind, das drei Dosen im ersten Lebensjahr und einer Auffrischimpfung mit 10 Jahren erhalten hatte, erkrankten ebenfalls an Tetanus.⁴⁹

In den USA traten von 1995 bis 1997 124 Fälle von Tetanus auf, davon waren 13 Prozent vorschriftsmäig Geimpfte.⁵⁰ Zwischen 1987 und 1988 gab es sechs Fälle von Tetanus in den USA, die unter 20 Jahre alt waren. Einer der Patienten war kurz vor Ausbruch der Krankheit einmal, drei waren dreimal (also „vollständig“) geimpft worden. Die Impfling versagte also in vier von sechs Fällen. Von ins-

**Bild 30**

Dominikanische Republik: Nach der Einführung der Tetanusimpfung hat sich die Erkrankungsrate an Tetanus beträchtlich erhöht.

gesamt 85 Patienten, die nach dem Ausbruch der Krankheit die passi-ve Impfung erhalten hatten, starben 15.⁵¹

In Deutschland wurde die Tetanusimpfung 1939 eingeführt. Trotzdem, dass umfangreiche Impfungen durchgeführt wurden, gab es von 1959 bis 1978 doch 1784 Tetanustodesfälle.⁵² Von 1998 wurden vom Robert Koch Institut Sondererhebungen zu Tetanuserkrankungen durchgeführt, in denen Angaben zu insgesamt 26 Erkrankungsfällen vorlagen. Hinsichtlich des Impfstatus der Erkrankten lagen Angaben für 15 der 26 Personen vor. Vier Patienten erkrankten trotz früher vorschriftsmässig durchgeföhrter Grundimmunisierung. Drei Erkrankte hatten Impfungen, aber keine „vollständigen“ erhalten und acht der Erkrankten waren vorher nicht geimpft worden. Das heisst, fast jeder zweite Erkrankte war vorschriftsmässig gegen Tetanus ge-impft gewesen.⁵³

In den USA ergibt sich ein ähnliches Bild. Ca. 25 Prozent der Erkrankten waren ungeimpft, während etwa 12 Prozent „unzureichend“ geimpft waren. Über 90 Prozent hatten jedoch mehr als vier Impfstoffdosen erhalten, zwei davon waren vier, bzw. sechs Jahre vorher geimpft worden.⁵⁴

In einer Studie über Tetanus in Entwicklungsländern ist nachzulesen, dass selbst dort mit modernen Behandlungsmethoden bei jüngeren Patienten in 93 Prozent Heilungen bei mittelschweren Tetanusfallen zu erreichen sind.⁵⁵ Dr. Buchwald stellt in seinem Buch „*Impfen, das Geschäft mit der Angst*“, die rhetorische Frage: „Wenn wir nun in der Bundesrepublik in den letzten Jahren ziemlich konstant vom Statistischen Bundesamt die Meldung erhalten, dass es zwölf Tetanuserkrankungen mit jeweils sechs Todesfallen gegeben hat, so entsteht die Frage, warum in Entwicklungsländern 93 Prozent Heilungen möglich sind, bei uns hingegen nur 50 Prozent! Und hier muss auch die Frage gestellt werden, ob bei uns die Behandlung unter Umständen nicht optimal ist.“⁵⁶

In einer kontrollierten Studie wurde aufgezeigt, dass bei Menschen, die keine passive Impfung nach einer Verletzung erhielten, die Sterblichkeitsquote weit niedriger lag als bei den Geimpften. Die Autoren kamen zu dem Schluss, die passive Impfung sei bei der Behandlung von klinischem Tetanus ohne grossen Wert.⁵⁷ Ein besonders gutes Beispiel für die „Wirksamkeit“ dieser Impfung sind die Soldaten der verschiedenen Länder während des Zweiten Weltkrieges. Die US-Armee war durchgeimpft gegen Tetanus und hatte im Laufe des Krieges nur 12 Tetanusfälle zu beklagen, während die deutsche Armee, nicht geimpft, viele Tetanuserkrankungen zu verzeichnen hatte. Genaue Zahlen über Tetanusfälle bei der deutschen Armee liegen keine vor. Das klingt zwar nicht schlecht für die Impfung, jedoch muss man die Hintergründe deutlich beleuchten. Die deutsche Armee mit der US-Armee vergleichen zu wollen, hiesse Birnen und Äpfel zusammenzählen. Der US-Armee standen im Gegensatz zur deutschen Armee Sulfonamide und Penicillin in ausreichender Menge zur Verfügung. Es gab unter den deutschen Soldaten ungleich mehr und viel schwerere Verletzungen als unter den amerikanischen Soldaten. Ausserdem waren von den 12 Tetanusfällen der Amerikaner vier vorschriftsmässig geimpft und zwei standen mitten im Impfprozess. Fünf Erkrankte verstarben. Auffrischimpfungen fanden jährlich statt.⁵⁸

Von Oktober 1936 bis Juni 1940 wurden in Frankreich mehr als vier Millionen Impfungen in der Armee durchgeführt. Die Tetanusrate auf 1000 Verwundete bezogen war im Feldzug 1940 allerdings

genau so hoch wie während des Krieges 1914 bis 1918, in dem alle Soldaten ungeimpft waren. Umgekehrt war in der griechischen Armee, die nicht geimpft worden war, die Häufigkeit des Tetanus siebenmal so gering wie in der voll durchgeimpften französischen Armee.⁵⁹ —

England wird oft als Beispiel gezeigt, um die Wirkung der Tetanusimpfung zu verdeutlichen. Jedoch ist aus offiziellen Statistiken zu erkennen, dass es in England nie viele Tetanusfälle gegeben hat. Hier ist die Ursache bestimmt nicht in der Impfung, sondern woanders zu suchen.⁶⁰ Bei der englischen Armee gab es im Zweiten Weltkrieg 22 Tetanuserkrankungen, von denen 11 verstarben, alle waren geimpft.⁶¹ Der australische Arzt Dr. Vieira belegte, dass drei von vier Tetanuspatienten, die in sein Spital kamen, Geimpfte waren.⁶²

Zwischen Mai 1966 und Februar 1970 wurden 180 Tetanuskranken in die Intensivstation des „Claude Bernard-Spitals“ in Frankreich eingeliefert. Es wurde mit dem grössten Erstaunen festgestellt, dass trotz der aktiven Impfung sowie der passiven Impfung als Behandlung die Tetanuserkrankungen sogar häufiger vorkamen.⁶³

Der Rückgang von Tetanus vor Einführung der Impfung

Wenn wir uns die Geschichte des Tetanus aufmerksam durchlesen, stellen wir fest, dass die Erkrankungen drastisch zurückgingen, als man begann die Wunden vorschriftsmässig zu reinigen und zu versorgen. Wenn man auf offene Wunden einen Verband aus mit Exkrementen und Erde verschmierten Lumpen legt, ist eine Tetanuserkrankung oder eine Sepsis geradezu vorprogrammiert. Deshalb verwundern uns die vielen Tetanustoten der damaligen Zeit nicht, ja es ist geradezu unverständlich, dass nicht jeder von ihnen an einer Wundinfektion starb. Auch hier sehen wir wieder ganz deutlich, dass nicht der Keim, sondern nur das Milieu entscheidend sind für eine Krankheit. Einen grossen Anteil am Rückgang des Tetanus haben jedoch auch die Mechanisierung der Landwirtschaft und die Verbesserung der Lebensbedingungen⁶⁴ Wo früher noch Pferde das Stadtbild prägten, sind es heute Autos. Besonders in Pferdeäpfeln befinden sich viele Tetanusbazillen. So kam es auch im Ersten Weltkrieg zu vielen Tetanuserkrankungen bei den Soldaten, da sie sich, um ihre

Wunden abzukühlen, nasse Erde auf die Verletzung auftrugen. In den USA gab es im 18. Jahrhundert 105 Tetanusfälle auf 100000 Soldaten. Anfangs der neunziger Jahre im gleichen Jahrhundert fiel diese Zahl, ohne jede Impfung, auf 16 Fälle von 100000 Soldaten. Man führt diesen Rückgang vor der Impföra auf eine bessere Wundversorgung zurück⁶⁵

Faktoren, die seit anfangs 1900 ohne jede Impfung zum Rückgang von Tetanus beigetragen haben, sind den Wissenschaftlern sehr wohl bekannt. Denn es handelt sich hier in erster Linie um eine typische „soziale Krankheit“, die eng mit der sozio-ökonomischen Entwicklung einer Gesellschaft zusammenhängt.⁶⁶ Was sehr gut auch beim Nabelschnurtetanus zu beobachten ist. Ausserdem werden bei uns doch die elementarsten Hygienevorschriften eingehalten, wie Händewaschen mit Wasser und Seife, usw. In den Entwicklungsländern laufen noch viele Menschen barfuss und verletzen sich so natürlich eher als bei uns.

In der Schweiz wurde das breitflächige Impfen gegen Tetanus nach P. Klein 1950 eingeführt⁶⁷ Die Erkrankungs- und Todeszahlen aber haben bereits 1940 begonnen rapide zurückzugehen. Unter der Graphik schreibt das BAG: „Die Tetanusimpfung wurde wahrscheinlich um 1940 in der Schweiz eingeführt...“⁶⁸ In seiner Funktion als oberste Gesundheitsbehörde sollte es dem BAG doch möglich sein, das genaue Datum der Tetanusimpfeinführung zu kennen und exakte Zahlen anzugeben. Wie kann die Zahl der Tetanuserkrankungen rapide sinken, wenn uns angeblich nur die Impfung zu schützen vermag?

In Österreich gab es 1999 laut Angaben der Bundesanstalt Statistik 24,8 Prozent Menschen, die keinen „aufrechten Impfschutz“ gegen Tetanus aufzuweisen hatten. 6,6 Prozent war der eigene Impfstatus nicht bekannt. Das heisst, dass die österreichische Bevölkerung eigentlich schon längstens um dieses eine Viertel dezimiert sein müsste, wäre Tetanus nur halb so gefährlich wie man uns erzählt.

In Deutschland haben nur 65 Prozent der 30 bis 39jährigen und sogar nur 40 Prozent der über 70jährigen vorschriftsmässige Auffrischimpfungen erhalten. Im Jahr 2002 ging der Verbrauch von Tetanusimpfstoff gegenüber 2001 leicht zurück.⁶⁹

Erstaunlich ist auch, dass der Gasbrand, ohne jegliche Impfungen,

noch schneller vom Ersten zum Zweiten Weltkrieg seltener wurde als Tetanus. Gasbrand ist auch wie Tetanus eine Krankheit, die durch anaerobe Bakterien verursacht wird. Es müssen also logischerweise noch ganz andere Faktoren als nur die Impfungen den Tetanus zum Rückgang gebracht haben.

Das Alter der Erkrankten

Stationär behandelt wurden in Deutschland wegen Tetanus 1994 85, 1995 54 (davon 2 Kinder im 1. Lebensjahr), 1996 59 (davon 3 Kinder im 1. Lebensjahr) und 1997 43 Patienten. In diesem Zeitraum starben an Tetanus 1980 13 Patienten, 1985 12, 1990 8, 1995 2, 1996 1 und 1997 zwei Personen unter 45 Jahren.⁷⁰

Wenn man die Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Bonn zu Rate zieht, sieht man, dass seit 1980 in Deutschland kein Kind mehr an Tetanus gestorben ist. Wie die Zahlen vor 1980 aussehen, ist aus der Statistik nicht ersichtlich. So ist es also sehr gut möglich, dass es schon länger keinen Todesfall an Tetanus unter Kindern gab. Das

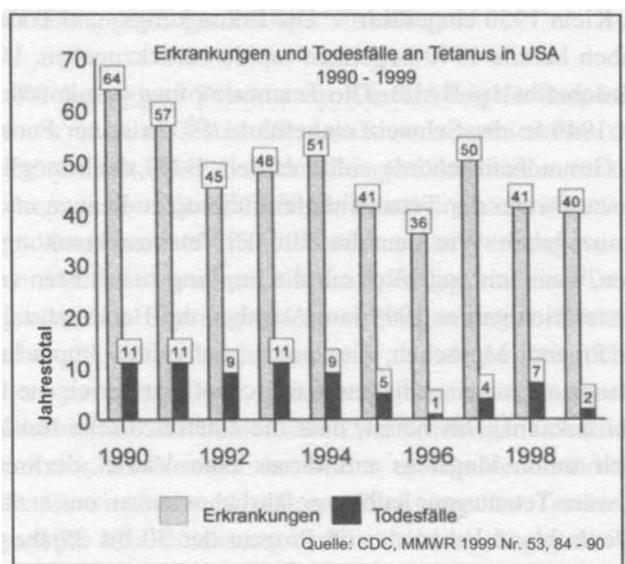


Bild 31

In 10 Jahren, von 1990 bis 1999, gab es 473 Tetanusfälle, durchschnittlich 47 Fälle pro Jahr. Von diesen sind 70 verstorben, im Durchschnitt 7 jährlich. Die Erkrankungs- und Todeszahlen an Tetanus stehen in keinem Verhältnis zu den Schäden, die die Impfung verursacht. Hier wäre eine Risiko-Nutzen Analyse mehr als angebracht.

Durchschnittsalter der Todesfälle in Deutschland liegt bei 74 Jahren. In den USA liegt die Todesrate unter den 50jährigen bei weniger als 5 Prozent.⁷¹

In den industrialisierten Ländern ist es sehr schwierig für Kinder an Tetanus zu erkranken, geschweige denn zu sterben. Selbst schulmedizinisch stellt die Behandlung kein Problem dar. Besonders junge Menschen und Kinder sprechen sehr gut auf eine Behandlung an. Von den Möglichkeiten der Homöopathie ganz zu schweigen. Ist es aber nicht seltsam, dass besonders Kinder, die doch in der Mehrzahl weit mehr Verletzungen davontragen als ältere Menschen, viel weniger an Tetanus erkranken? Laut offiziellen Angaben schätzt man, dass mehr als zwei Prozent der Kinder in Deutschland völlig ungeimpft sind, in der Schweiz und in Österreich dürften es zwischen drei und fünf Prozent sein. Seltsamerweise erkranken diese ungeimpften Kinder auch nicht an Tetanus. Oder anders gefragt: Wenn die Impfung die Geimpften schützt, wer oder was schützt dann die Ungeimpften?

Bei den Erwachsenen in den USA haben nach Angaben des CDC mehr als 50 Prozent der über 60jährigen keinen genügend hohen Antikörper-Spiegel.⁷² Was schützt diese Menschen vor der Erkrankung? Ein gesundes Körpermilieu! Doch dies darf nicht offiziell zugegeben werden, weil sonst Impfungen nicht mehr indiziert wären.

Nebenwirkungen der Tetanusimpfung

Nebenwirkungen nach Tetanusimpfungen sind, entgegen den Beeteuerungen der Pharma, sehr häufig und keineswegs harmlos. Lokale Reaktionen wie Schwellungen, Rötung, Schmerz an der Injektionsstelle sind sehr häufig, vor allem bei Auffrischimpfungen. Bei 73 Prozent der schwedischen Schulkinder traten nach der Auffrischimpfung mit 10 Jahren lokale Beschwerden auf.⁷³ Sterile Abszessbildung, E-xantheme und hyperergische Reaktionen (z.B. Nesselsucht); Todesfälle.⁷⁴ Allergische Reaktionen, Hitzegefühl, regionale Lymphknotenschwellungen, Anaphylaktischer Schock, aufsteigende Lähmungen bis hin zur Atemlähmung (GBS), Erkrankungen des Zentralnervensystems, Erkrankungen der Hirnnerven und peripheren Nerven, Unterhautgewebe-Schwund an der Einstichstelle, Fieber, Schläfrigkeit,

Unruhe, Erbrechen, Magersucht, hartnäckiges Weinen, Blässe, Kältegefühl, mangelnde Ansprechbarkeit, Krämpfe, Gehirnerkrankung, Gelenkschmerzen, nichteitrige Nierenentzündung, scharlachroter Hautausschlag, chronischer Juckreiz, Blutgerinnungsstörungen, Gehirnhaut- und Gehirrentzündungen, Armmuskellähmungen, Hirnnerven- und Nervenmuskellähmungen, akutes Mittelhirnsyndrom, anomale T-Lymphozyten-Subpopulationen, Hautentzündungen, Hyperventilation, rheumatische Reaktionen, etc.

Asthma und Allergien sind laut einer Studie in nicht gegen Tetanus geimpften Kindern seltener. Keines dieser ungeimpften Kinder hatte vor dem 10. Lebensjahr Asthma oder Allergien, wo hingegen 23 Prozent der gegen Tetanus geimpften Kinder Asthma hatten und 30 Prozent wegen Allergien Abklärungen über sich ergehen lassen mussten.⁷⁵ Im Jahr 2000 bestätigte eine andere Studie im „Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics“, dass Kinder, die eine Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten-Impfung (DTP) oder nur eine Tetanusimpfung erhalten hatten, ein weit höheres Risiko hatten, an Asthma oder Allergien zu erkranken als ungeimpfte Kinder. Diese Studie lief von 1988 bis 1994 und mehr als 14'000 Kinder im Alter von zwei Monaten bis 16 Jahren hatten daran teilgenommen. In der Studie ist erkennbar, dass Kinder mit einer DPT- oder nur einer Tetanusimpfung ein um 50 Prozent höheres Risiko hatten, an allergischen Reaktionen zu erkranken, 80 Prozent mehr an Nebenhöhlenentzündung und ein doppelt so hohes Risiko an Asthma zu erkranken. Wörtlich heißt es in der Studie: „50 Prozent der diagnostizierten Asthmafälle (2,93 Mill.) in US-Kindern und Erwachsenen würden verhütet werden, wenn die DPT- oder die Tetanusimpfung nicht mehr empfohlen werden würde. Ebenfalls würden 45 Prozent aller Nebenhöhlenentzündungen (4,94 Mill.) und 54 Prozent von den allergieverwandten Fällen von Nase- und Augensymptomen (10,54 Mill.) in einem Jahr verhindert werden, wenn diese Impfung nicht mehr durchgeführt würde.“⁷⁶

Bei Multiple Sklerose-Kranken kann durch die Tetanusimpfung ein Schub ausgelöst werden⁷⁷ In der medizinischen Literatur wird oft über eine Tetanuserkrankung nach einer Tetanusimpfung berichtet.⁷⁸ Die Tatsache, dass das Immunsystem durch Impfungen stark

geschwächt wird, wurde in einer Untersuchung eindeutig bewiesen, die durchgeführt wurde, um die Wirkungen von Zweitimpfungen gegen Tetanus anhand der Anzahl der T-Helfer- und Suppressorzellen festzustellen.⁷⁹ Nach der DPT- und der MMR-Impfung haben die Geimpften ein erhöhtes Risiko für zerebrale Krampfanfälle. Am Tag der DPT-Impfung bzw. 8 bis 17 Tage nach der MMR-Impfung konnte ein knapp sechs-, bzw. dreifach erhöhtes Risiko für einen erstmaligen Fieberkrampf festgestellt werden.⁸⁰

Viele Heilpraktiker berichten, dass aggressives Verhalten durch die Tetanusimpfung gefördert wird. Eine Studie zeigte, dass Kinder mit der DPT-Impfung eine signifikant höhere Chance hatten, an einer Polio mit Lähmungserscheinungen zu erkranken, als Kinder, die diese Impfung nicht erhalten hatten.⁸¹ Mit dieser Studie lassen sich auch die Polioepidemien der fünfziger und sechziger Jahre erklären.

Ich möchte mich den Worten von Dr. Grätz anschliessen, der da schreibt: „*Aufgrund dieser Beobachtungen muss man sich geradezu wundern, dass bei Tetanusimpfungen nicht täglich viel mehr passiert, da das Tetanustoxoid („entgiftetes“ Toxin des Clostridium tetani) durch die Injektion (quasi unter Luftabschluss!) tief ins Gewebe gesetzt wird und damit -oberflächlich betrachtet - die Bedingungen für eine Ausbreitung dieser furchtbaren Erkrankung gegeben sind.*“⁸² Es wurden niemals kontrollierte, wissenschaftliche Studien durchgeführt, die die Sicherheit und/oder Wirksamkeit des Tetanusimpfstoffes bewiesen hätten.⁸³

Zukunftsaußichten

Unsere Wissenschaftler geben sich (leider) mit dem bisher erreichten nie zufrieden sondern versuchen die Menschheit mit immer neueren Errungenschaften zu beglücken. So sind sie gerade an einem Projekt, in dem Föten gegen Tetanus geimpft werden sollen! Diese Impfung soll in Ländern mit hohem Nabelschnurteranus-Vorkommen dann laufend eingesetzt werden.⁸⁴ Billiger, einfacher, ungefährlicher und ungleich ethischer wäre es, die Bevölkerung aufzuklären und den gebärenden Frauen sowie Hebammen saubere Utensilien zur Verfügung zu stellen. Am Beispiel Chinas hat man schliesslich gesehen, dass diese Massnahme schnell den erwünschten Erfolg zeigt. Doch

bei dieser Methode ist kein Geld zu verdienen und so wird sich auch niemand finden, der es in grossen Ausmass ausführen wird. Da die meisten Menschen die ständig anfallenden Auffrischimpfungen in aller Regel vergessen, hat unsere Pharmaindustrie jetzt vor, Tetanusimpfungen mit einem extrem hohen Toxoidgehalt zu produzieren. Die Rede ist von 250 Lf, die ein Patient dann aufs Mal verimpft bekäme.⁸⁵ Eine andere Möglichkeit sehen unsere phantasievollen Forscher darin, verkapselte Mikroben oral zu verabreichen, ebenfalls in einer hohen Dosis. Diese sollen dann langsam vom Körper aufgenommen werden und so die lästigen Auffrischungsimpfungen ersparen⁸⁶ Diese Tetanusimpfvariante wird bereits eifrig an armen Ratten ausgetestet. Andere Wissenschaftler wieder haben das nichttoxische Fragment C aus dem Tetanustoxin geklont und versuchen daraus einen Impfstoff herzustellen.⁸⁷ Wenn alle diese Forscher ihre Phantasie, Eifer und ihr Geld in die Aufklärung gebärender Frauen und deren Hebammen investieren würden, hätten sie einen riesigen Erfolg zu verzeichnen. Sie könnten außerdem wieder beruhigten Gewissens schlafen und der Dank der Menschheit wäre ihnen mehr als gewiss. Das Leben eines Menschen zu riskieren mit einer Massnahme die erwiesenermassen unwirksam ist, um eine Krankheit zu verhindern, die er vermutlich nie bekommen wird, klingt nicht unbedingt nach vorbildhaftem, medizinischem Verhalten.

¹ Epidemien, V 95

² Paré Ambroise, La methode de traicter, Paris 1545

³ Mitrakanow S., Über Jagdverletzungen im Walde und auf dem Feld, Ph F. Hopfengärter, Leipzig 1797

⁴ Zeissler, Die anaerobe Sporenflora der europ. Kriegsschauplätze, Jena 1928

⁵ Brun v, W, „Aus Chirurg. Vergangenheit“, Berlin 1940

⁶ Billroth, Berlin 1874

⁷ Carle, Rattone, G. Accad. Med. Torino, 32, 174, 1884

⁸ Nicolaier A., Über infek. Tetanus, Dtsch Med. Wschr 10, 842-844, 1884

⁹ Bytschenko B.D., Lyon 1981

¹⁰ Humanes Immunglobulin, Berna

¹¹ MMWR 46:665-671, 1997

¹² Infektionskrankheiten in der Schweiz, 2002, BAG

¹³ Zostrow K.D., Tetanuserkrankungen, DMW, 1993, 118:1617-20

¹⁴ Grätz J.-F., Sind Impfungen sinnvoll, Hirthammer Verlag, 7. Aufl, 2003

¹⁵ Hofmann, Handbuch der Infektionskrankheiten, 2. Aufl., 2003

¹⁶ Bösel, Praktikum des Infektionsschutzes, 2000

¹⁷ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, 1981

- ¹⁸ Epid. Bulletin RKI 1999, 19(99): 119-141
¹⁹ Thomssen R., Schutzimpfungen, 2001
²⁰ Spiess, Impfkompendium, 5. Auflage, 1999
²¹ Dr. Y. Couzigou, Santé, Liberté & Vaccinations 48 und 50/1976
²² The World Health Report, 1999, WHO Genf
²³ Epid. Bulletin RKI, 19/1999
²⁴ WHO, EPI Inform.-System, Aug. 1997
²⁵ Hlady W G., et al, Am J Public Health 82, 1992, etc.
²⁶ Weekly Epid. Report, Maternal and Child Health 1985, WHO
²⁷ Ärzte Woche 10.5.2000
²⁸ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
²⁹ Österreichische AUVA, 14.8.1987
³⁰ Spiess, Impfkompendium, Thieme Verlag, 5. Auflage
³¹ ellipse 17(2):35-30, 2001
³² ellipse 17(2):35-30, 2001
³³ Ärzte-Zeitung 8.10.03
³⁴ phi 25/2002, 16.7.2002
³⁵ Schmitt, Schutzimpfungen 2000
³⁶ Delarue, Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer Verlag
³⁷ Crone, E N., et al, Neurology, 42, 1992
³⁸ Passen et al, JAMA 1986, 255/9:1171-3
³⁹ Johnson DM, JAMA 207:1519, 1962
⁴⁰ Perez-Trallero E., et al, Vaccine; 11(6):619-620
⁴¹ Steger M, et al, Lancet, 348, 9029 (1996) 762
⁴² Passen EL, et al, JAMA 1986, 225/9:1171-3
⁴³ Ehrengut W, et al, Immun Infect 11, 229-232.1983
⁴⁴ Behring, 4.12.1890
⁴⁵ Lewin L., Gifte und Vergiftungen, Haug Verlag, 6. Aufl., 1992
⁴⁶ Vincenci, Fif, Médica, 1893
⁴⁷ Dr. Y. Couzigou, Santé, Liberté & Vaccinations 48 und 50/1976
⁴⁸ Dr. Y. Couzigou, Santé, Liberté & Vaccinations 48 und 50/1976
⁴⁹ Luisto M, Med Child Neural 1993; 35:351-5
⁵⁰ MMWR, 1998,47:1-13
⁵¹ Tetanus in the United States, CDC, 1986
⁵² Allerdist H, Die gelben Hefte 1, 1981
⁵³ Bundesgesundheitsblatt 2/98, Seite 67-69
⁵⁴ Bundesgesundheitsblatt 2/98, Seite 67-69
⁵⁵ BMJ 291, 1985
⁵⁶ Buchwald G., Impfen das Geschäft mit der Angst, Knaur 1997
⁵⁷ Vaishnava et al, 1966, in V. Scheibner, Impfungen, Immunschwäche und pl. Kindstod, Hirthammer Verlag 2000
⁵⁸ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
⁵⁹ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1993
⁶⁰ Delarue S., Impfschutz, Irrtum oder Lüge, Hirthammer 1993
⁶¹ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
⁶² Veiera B J, et al, Med J Austr 1986, 145
⁶³ Concours Médical 13.2.1971
⁶⁴ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
⁶⁵ Dr. R. Moskowitz, Mothering, 1984
⁶⁶ Allerdist H., Cahiers Jaunes 1, 1981
⁶⁷ Klein P., Impfen, Routine oder Individualisation, 1999
⁶⁸ Infektionskrankheiten in der Schweiz, 2002, BAG
⁶⁹ Epid. Bulletin, RKI, 34/2003
⁷⁰ Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2000

- ⁷¹ Neustaedter R., Vaccine Guide, 1996
- ⁷² Rabe St., Impf-Info 2000
- ⁷³ Blennov M et al, Vaccine 1994, 12(5): 427-430
- ⁷⁴ Spiess H., Impfkompendium, 5. Aufl.
- ⁷⁵ Kemp T et al, Epidemiology, 8(6), 678-680, 1997
- ⁶ Hurwitz et al, Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 23:1-10, 2000
- ⁷ Dittmann, Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen, Leipzig 1981
- ⁷⁸ Passen EL et al, JAMA 1986, 255(9):1171-3, usw.
- ⁷⁹ Harpers Queen, 12/1985
- ⁸⁰ Barlow W E et al, NEJM 2001, 345:656-661
- ⁸¹ Sutter R et al, The Journal of Inf Dis (1992); 165:444-449
- ⁸² Grätz J.-F., Sind Impfungen sinnvoll? Hirthammer Verlag, 7. Auflage 2002
- ⁸³ Dr. Mendelsohn, Wie Ihr Kind gesund aufwachsen kann, auch ohne Doktor, Mahajiva Verlag
- ⁸⁴ Englund JA et al, I Infect Dis 168:647-656, 1993
- ⁸⁵ Sethi N et al, Biomed Environ Sei 3:364-367, 1990
- ⁸⁶ Singh M et al, Infect Immun 65:1716-1721, 1997
- ⁸⁷ Romanos MA et al, Nucleic Acids Res 19; 1461-1567-1991

Die Varizellen (Windpocken)

Wie eine harmlose Kinderkrankheit dank Marketing gefährlich wird

Die Windpocken sind das beste Beispiel dafür, wie man Marketing auch erfolgreich auf dem Gebiet der Medizin einsetzen kann. Bis Mitte der neunziger Jahre war es der Menschheit, vor allem aber Ärzten und Müttern, nicht bewusst gewesen, dass Windpocken eine schlimme Krankheit sein sollten. Millionen von Kindern hatten sie zu allen Zeiten problemlos überstanden. Doch dann plötzlich las und hörte man allerorten von schlimmen Komplikationen die durch diese Krankheit entstehen sollen, sogar von Todesfällen ist die Rede. Was war geschehen? Hatte sich das Windpockenvirus in eine derart gefährliche Form verändert oder sind unsere Kinder in ihrer Struktur anders als ihre Mütter und Grossmütter? Nein, nichts von alledem war geschehen. Man hatte lediglich einen Impfstoff gegen diese Krankheit entwickelt und der wollte verkauft werden!

Die Geschichte der Windpocken-Erkrankung

In der frühen medizinischen Literatur sind Pocken und Windpocken meist verwechselt worden, bzw. bei den Windpocken wurde angenommen, es handele sich um eine schwache Pockenerkrankung. Eine erste genaue Differenzierung gab es erstmals 1767 von Heberden. 1875 übertrug Steiner die Bläschenflüssigkeit eines an Windpocken erkrankten Menschen auf andere und seither gehört die Krankheit zu den Infektionskrankheiten, da ihre Ansteckung von Mensch zu Mensch bewiesen schien.¹ 1892 bewies Bokay, dass Menschen, die an Windpocken erkrankt waren, in engem Kontakt mit Gürtelrose-Erkrankten standen.² Es war dies der erste Hinweis, dass beide Krankheiten den gleichen Ursprung hatten. Diese Hypothese wurde wenige Jahrzehnte später dann durch Untersuchungen bestätigt.^{3,4} Garland stellte schliesslich 1943 fest, dass Gürtelrose vermutlich durch eine Reaktivierung des Windpocken-Virus im frühen Leben entstand.⁵ 1952 wurde das Virus erstmals in Zellkulturen von Weller und Stoddard isoliert.⁶ Spätere Studien von Weller und seinen Mit-

arbeitern zeigten, dass das Virus von den windpockenerkrankten Menschen morphologisch und serologisch identisch waren. Seit dieser Zeit trägt es den Namen Varizellen-Zoster-Virus.^{7,8,9}

Die Krankheit Windpocken

Die Windpocken werden laut gängiger Lehrmeinung vom Herpesvirus Varicellae/Zoster verursacht, ebenso die Krankheit Zoster, auch bekannt als Gürtelrose. „Varicella“ heisst auf lateinisch soviel wie kleiner Gesichtsausschlag. Nach einer Inkubationszeit von 11 bis 14 Tagen, manchmal bis zu vier Wochen, treten die ersten Krankheitszeichen auf. Es entstehen kleine, stark juckende Bläschen, die sowohl auf der Haut, als auch den Schleimhäuten auftreten. Im Unterschied zu den echten Pocken sind bei den Windpocken alle Stadien der Bläschen gleichzeitig anzutreffen, d.h. rote Flecken, Papeln, Bläschen und Krusten. Die Bläschen sind im Unterschied z.B. zu den Masern mit einer Flüssigkeit gefüllt, so dass auch der Laie sehr gut Windpocken diagnostizieren kann. Der Ausschlag erfasst den Körper, einschliesslich der Kopfhaut und ist mehr oder weniger stark juckend. Da ein Aufkratzen der Bläschen zu einer Infektion führen kann, muss man die Kinder vom Kratzen abhalten, bzw. kleinen Kindern die Fingernägel ganz kurz schneiden. Viele Kinder bekommen leichtes Fieber während der Erkrankung. Das Durchstehen der Windpocken verleiht eine lebenslange Immunität.

Windpocken sind in aller Regel eine mehr als harmlose Erkrankung und bei uns in Mitteleuropa haben bis zum 14. Lebensjahr 90 Prozent aller Kinder die Krankheit bereits hinter sich.¹⁰ Im Erwachsenenalter sind es mehr als 98 Prozent. Das heisst, dass fast jeder Mensch die Krankheit in seinem Leben kennen lernt.

Nach Auskunft von Ärzten verläuft die Krankheit in 99,9 Prozent der Fälle komplikationslos. Komplikationen können vor allem dann auftreten, wenn die Bläschen aufgekratzt werden und es zu einer bakteriellen Infektion kommt. Bei Erwachsenen kann die Krankheit schwerer verlaufen als bei Kindern. Allerdings kann man davon ausgehen, dass neun von zehn Erwachsenen die Krankheit als Kind bereits durchgemacht haben und dementsprechend immun sind. Als weitere Komplikation kann eine Windpocken-Enzephalitis auftreten,

die jedoch in aller Regel gutartig verläuft.¹¹ In einer Untersuchung wurde festgestellt, dass sie bei Kindern in 1,7:100'000 Fällen und bei Erwachsenen in 15:100'000 Fällen auftritt.¹² Als Symptome treten vor allem vorübergehende Gleichgewichtsstörungen durch Befall des Kleinhirns auf. Im Jahr 1997 wurden in Deutschland 45 Fälle von Windpocken-Enzephalitis gemeldet. In den meisten Fällen handelte es sich um Schulkinder. Bei nur zwei von ihnen sind leichte Restschäden als Muskelschwäche am Arm, bzw. am Auge verblieben.¹³ Sehr selten kommt es durch die Windpocken zu einer Hepatitis, Arthritis oder einer Herzmuskelentzündung. Noch seltener kommt es zu den sogenannten hämorrhagischen Windpocken, das sind Blutungen in den Bläschen.

Menschen, die während einer Chemo- oder Cortisontherapie an Windpocken erkranken, können wegen der Immunschwäche Blutgefässstörungen mit Haut- und Schleimhautblutungen entwickeln. Bei Leukämiepatienten beträgt die Sterblichkeit dieser Komplikation bis zu 30 Prozent. Erkrankt eine schwangere Frau im ersten Drittel der Schwangerschaft an Windpocken, so kann ihr ungeborenes Kind ebenfalls an dieser Krankheit erkranken. Die Folgen können ein Abort, Früh- oder Totgeburt sein. Embryopathien treten sehr selten als Schäden im Innenohr oder als Herzfehler auf.¹⁴ Man geht auch hier von maximal zwei Prozent der so infizierten Neugeborenen aus, die einen Schaden erleiden.¹⁵ Obwohl ich in der medizinischen Literatur keinerlei Hinweise gefunden habe, dürfte es sich hier mit Sicherheit um den gleichen Mechanismus wie bei der Rötelnkrankung handeln, d.h. dass ein Schaden am Ungeborenen nur dann auftreten kann, wenn die Mutter an einem Mangel an Vitamin A leidet. Details dazu siehe im Kapitel Röteln unter Rötelnembryopathie. Hier wäre also mit einfachen Mitteln Abhilfe zu schaffen und es ist zu wünschen, dass alle Schwangeren darauf aufmerksam gemacht werden.

In seltenen Fällen kommt es zu den sogenannten konnatalen Windpocken. Von konnatalen Windpocken spricht man, wenn die Erkrankung in den ersten zehn Lebenstagen auftritt. Beim Neugeborenen können als Folge Hautdefekte mit Narben, Skelett- und Muskelschäden sowie Augenschädigungen und zentralnervöse Anomalien auftreten. Diese Schäden treten allerdings bei höchstens zwei Prozent

aller in den ersten zehn Lebenstagen erkrankten Kinder¹⁶ auf und hier besonders dann, wenn der Ausschlag bei der Mutter fünf Tage vor bis zwei Tage nach der Geburt des Kindes stattfindet. Diese Schäden sind unter anderem deswegen selten, weil die meisten Frauen die Windpocken bereits als Kind durchgemacht haben.

Normal erworbene Windpocken nach dem zehnten Lebenstag sind nur bei extrem Frühgeborenen wegen ihrer immunologischen Unreife in den ersten sechs Lebenswochen bedenklich.¹⁷ Laut Angaben von Prof. U. Heininger besteht „bei mütterlicher Immunität (. . .) ein Nestschutz, der kontinuierlich im Laufe des ersten Lebensjahres abnimmt.“¹⁸ Das heisst, alle Kinder, deren Mütter die Windpocken bereits durchgemacht haben, sind in der ersten gefährdeten Zeit ihres Lebens vor dieser Krankheit geschützt. Wenn aber die Mütter in Zukunft nicht mehr in der Lage sind, eine Immunität durch das natürliche Durchstehen der Krankheit zu erwerben, dann wird das Risiko für die ungeborenen und neugeborenen Kinder erheblich grösser, an Windpocken, bzw. an den daraus entstehenden Krankheiten Schaden zu erleiden. Nach verschiedenen Studien verringert das Durchstehen von den Windpocken, sowie auch von Masern, Mumps und Röteln, das Diabetes- und Krebsrisiko im späteren Leben signifikant.^{19,20}

Die Krankheit Zoster (Gürtelrose)

Während der Windpocken-Erkrankung kommt es zu einer latenten, d.h. anhaltenden Infektion der Spinalganglien, in denen die Viren ein Leben lang verbleiben. Spinalganglien sind Verdickungen der Nervenstränge, die in das Rückenmark eintreten und eine Vielzahl von Nervenzellen beherbergen, deren eines Ende in das Rückenmark reicht und das andere Ende in die peripheren Organe und hier vor allem in die Haut. Diese Nerven gehören zu den sogenannten sensiblen Nerven, da sie unter anderem Schmerz-, Tast-, Wärme-/Kälte- und Juckreize in das Zentralnervensystem transportieren. Normalerweise wird von ihnen ein bestimmtes gürtelartiges Hautsegment, rechts oder links getrennt, versorgt. Wenn es aber im Laufe des Lebens zu einer Schädigung des Immunsystems kommt, z.B. durch Medikamente, Krebserkrankung oder Bestrahlungen, etc. so kann das Virus wieder aktiviert werden. Es breitet sich dann über die Spinal-

nerven in das zugehörige Hautsegment aus und tritt als schmerzhafte Gürtelrose oder Herpes Zoster auf. Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit beträgt ca. 5,4 Prozent.²¹ Vor allem am Rumpf und im Gesicht tritt Gürtelrose auf, sie wird aber auch im Auge und im Gehörkanal beschrieben. Laut Untersuchungen ist das Risiko einer Gürtelrose grösser, wenn der Mensch während seiner Zeit im Mutterleib oder im ersten Lebensjahr an Windpocken erkrankte.^{22,23,24}

Viele Naturheilpraktiker und Homöopathen berichten, dass die Krankheit sehr schlecht behandelbar ist, wenn der Patient schmerzstillende Mittel eingenommen hatte. Erwachsene mit Gürtelrose können Windpocken auf Kinder übertragen, während umgekehrt ein an Windpocken erkranktes Kind keine Gürtelrose beim Erwachsenen auslösen kann. In den USA führt das National Institute of Allergy and Infection Diseases eine Studie mit einem Impfstoff gegen Gürtelrose durch. Mit den ersten Ergebnissen wird 2008 gerechnet. Der Impfstoff ist für ältere Menschen gedacht, die früher die Windpocken bereits durchgemacht haben.²⁵

Die Behandlung der Windpocken

Windpocken sind grundsätzlich eine harmlose Krankheit. Der Juckreiz ist allerdings lästig und kann die Kinder zum Kratzen verleiten. Wenn aber die Bläschen aufgekratzt werden, kann es nicht nur zur Narbenbildung, sondern auch zu einer bakteriellen Infektion kommen. Kleinen Kindern sollte man daher die Fingernägel kurz schneiden, damit sie sich nicht so gut kratzen können. Wenn der Juckreiz zu stark ist, helfen kalte Auflagen aus Quark oder Lehm, sowie das Einpudern mit Maisstärke. Sind die Kinder durch den Juckreiz unruhig, so ist ein Fussbad das beste Mittel. Abends vor dem Einschlafen gemacht, hilft es zu einer ruhigen Nacht und einem erholsamen Schlaf. Bei evtl. auftretenden Komplikationen ist unbedingt ein klassischer Homöopath hinzuzuziehen. Wenn man den Kranken entzündungshemmende oder fiebersenkende Mittel verabreicht, wie z.B. Aspirin, kann das sogenannte Reye-Syndrom auftreten. Das ist eine schwere und häufig tödliche Systemerkrankung mit Krampfanfällen und Koma. In den USA sterben jährlich ca. 100 Kinder an den Windpocken, weil man ihnen z.B. Aspirin verabreicht hat.²⁶ In der Statis-

tik erscheinen diese Todesfälle als Windpockentodesfälle, obwohl sie an der Behandlung und nicht an der Krankheit selber verstorben sind. Mit solchen irreführenden Zahlen wird dann Druck auf die Eltern ausgeübt, oder - wie in den USA - diese Zahlen werden als Rechtfertigung genommen, um eine Pflichtimpfung einzuführen. Die Sterblichkeit bei Windpocken liegt normalerweise bei Kindern bei 0,0014 Prozent und bei den Erwachsenen bei 0,068 Prozent.²⁷

Der passive Impfstoff gegen Windpocken

Die Immunglobulingabe oder passive Impfung gegen Windpocken beschreibt Prof. Kollaritsch kurz und prägnant mit folgenden Worten: „Seine Herstellung ist aufwendig und teuer und der gebotene Schutz ist vorübergehend und inkomplett.“²⁸ Damit ist eigentlich schon alles gesagt! Die „Schutz“-Dauer ist nicht bekannt, man geht von 14 Tagen aus!²⁹ Takahashi, der Entwickler des aktiven Impfstoffes sagt, dass kein kompletter, schützender Effekt von Immunglobulin, egal in welcher Dosierung, festgestellt wurde.³⁰ Es gibt auch keinerlei Beweise, dass mit diesem Impfstoff in der Schwangerschaft ein fetales Varizellensyndrom verhindert werden kann.³¹

Als Nebenwirkungen sind Unverträglichkeitserscheinungen, Rückenschmerzen, Hautausschlag, Anstieg der Herzfrequenz, Blutdruckabfall, Atemnot und anaphylaktischer Schock bekannt. Größere Dosen von Immunglobulin produzieren eine zunehmende Zahl von Hautläsionen.

Empfohlen wird diese Impfung für nichtimmune und abwehrge schwächte Patienten; Neugeborene, deren Mütter, wenn sie vier Tage vor bis zwei Tage nach der Geburt an Varizellen erkranken; seronegative Schwangere mit Varizellenkontakt in den ersten fünf Schwangerschaftsmonaten. In der Schweiz hingegen rät das BAG von der passiven Impfung in der Frühschwangerschaft ab, da eine erhöhte Gefahr für einen Herpes Zoster beim ungeborenen Kind besteht.³² Varizellen-Zoster-Immunglobulin wird aus Plasma von „gesunden“ Blutspendern gewonnen. Wie diese Aussage zu bewerten ist, zeigt das im März 2004 veröffentlichte Urteil im Hepatitis C-Prozess. Dort waren Menschen bei Bluttransfusionen von „gesunden“ Menschen an Hepatitis C erkrankt.

Die aktive Impfung gegen Windpocken

In Forscherkreisen gibt man zu, die genaue Rolle der humoralen Immunität bei der Windpockenerkrankung noch nicht verstanden zu haben.³³ Nichtsdestotrotz hat man bereits vor längerer Zeit einen Impfstoff entwickelt. 1970 entnahm der japanische Virologe Takahashi den Inhalt der Windpockenbläschen eines dreijährigen Jungen mit Familiennamen Oka. Seitdem wird dieser Impfstamm Oka genannt. Das Wildvirus aus dem Bläschen wurde sodann in Lungen-Fibroblasten von abgetöteten menschlichen Föten isoliert. Um einen abgeschwächten, sprich attenuierten, Virusstamm zu erhalten, wird das Virus elfmal bei 34 ° C in diesen menschlichen Föten kultiviert und durch zwölf Passagen in Guinea Schweine-Föten-Fibroblasten geschleust. Der Hauptstamm des Virus wurde präpariert, indem er zwei Passagen in WI-38 menschlichen Krebszellen, gefolgt von drei Passagen in MRC-5 durchmachte.³⁴ Impfpools entstehen normalerweise durch zwei bis drei Passagen durch MRC-5 Zellen. Bei der Bezeichnung MRC-5 handelt es sich immer um abgetötete menschliche Föten.^{35,36} Das Virus ist im Labor nur schwer züchtbar, deshalb benötigt man dazu menschliche Embryonalzellen.³⁷

Sicherheitstests wurden ausschliesslich durch parenterales und intracerebrales Einspritzen von Impfstoff bei kleinen Tieren und Affen durchgeführt. Die Oka-Varizellen Impfung wird von verschiedenen Pharmafirmen auf die oben erwähnte Art und Weise hergestellt. Die Herstellung variiert in der Anzahl der Passagen durch die abgetöteten menschlichen Föten, der Höhe der anwesenden Viren, die Art der Antibiotika im Impfstoff sowie der zugeführten Art der Stabilisatoren.³⁸ Im Impfstoff enthalten sind zudem je nach Hersteller: Antibiotika, Aminosäuren, Humanalbumin, Lactose, Mannitol, Sorbitol, Phenolrot, etc.

In Deutschland wurde die erste Windpockenimpfung 1984 zugelassen und 1995 der noch jetzt zur Verfügung stehende Impfstoff eingeführt. Österreich hat die Impfung 1991 aufgenommen und in den USA ist die Windpockenimpfung in vielen Bundesstaaten seit 1995 eine Pflichtimpfung, d.h. die Kinder dürfen ohne diese Impfung weder Kindergarten noch Schule besuchen. Im deutschsprachigen Raum kostet eine Impfung ca. € 72.- (Stand 2003) und sie wird nicht von

den Krankenkassen übernommen.³⁹ Sie wird bei uns folgenden Personen empfohlen: Kinder mit Krebskrankungen vor einer geplanten Chemotherapie, für Geschwister oder Eltern solcher Kinder, wenn sie noch keine Windpocken hatten, für bisher nicht erkrankte Frauen mit Kinderwunsch und für bisher nicht erkrankte Mitarbeiter im Gesundheitsbereich. Nach einer Windpockenimpfung sollte eine Frau über drei Monate nicht schwanger werden.⁴⁰

Trotz diesen Impfempfehlungen wird in der Praxis Abstand davon genommen, Kinder mit Leukämie oder Morbus Hodgkin gegen Windpocken zu impfen. Viele Kinder erkranken durch diese Impfung derart schwer, so dass sie stationär behandelt werden müssen.⁴¹ In einer gross angelegten Studie wurde nachgewiesen, dass die Geimpften das Virus weitläufig verstreuhen können.⁴² In der Folge sahen sich das CDC und das FDA gezwungen, diese Tatsache auch zu bestätigen.⁴³ Diese Übertragung der Krankheit von Geimpften wird heute im US-Beipackzettel als anerkannte Nebenwirkung aufgeführt.⁴⁴

Wenn man sich die Gründe zur Einführung dieser Impfung vor Augen führt, so entbehren sie jeder Logik. Man möchte die immunschwächten Menschen vor Windpocken schützen und ihre Umgebung und sie selbst impfen, damit die Krankheit nicht auftritt. Mit der Impfung aber sind diese Menschen selbst nach offiziellen Angaben auch nicht geschützt, da sie entweder sehr schlecht „ansprechen“, bzw. immens unter den Nebenwirkungen zu leiden haben. Und ihr geimpftes Umfeld ist zudem noch in der Lage, sie hochgradig anzustecken.

Die Windpockenimpfung wird im deutschsprachigen Raum weder von den Ärzten noch von den Eltern so ohne weiteres akzeptiert werden. Das ist auch den Herstellern bewusst. Da man sein Produkt trotzdem verkaufen möchte, muss man sich andere Strategien ausdenken. Momentan ist eine neue Impfung in der Zulassung begriffen: Die MMRV-Impfung. Das ist eine Kombiimpfung und sie besteht aus der Masern-, Mumps-, Röteln- und der Windpocken- (V für Varizellen) Impfung. Sobald der Impfstoff zugelassen ist, dürfte damit zu rechnen sein, dass die MMR-Impfung und die Einzelimpfstoffe nicht mehr erhältlich sind. Damit ist garantiert, dass die Kinder - auch gegen den Widerstand von Eltern und Ärzten - mit diesem Impfstoff beglückt werden.

Wie wirksam ist die Windpockenimpfung?

Offiziell ist diese Impfung bei gesunden Menschen hochgradig wirksam. Glaubt man dem Hersteller, so reicht eine Dosis für ein neunmonatiges Kind vollständig aus, um einen „Schutz“ zu erzielen. In der Praxis sieht es allerdings anders aus. Selbst wenn man nicht weiss, dass keine Impfung einen „Schutz“ vor Erkrankung verleihen kann, müssten die Zahlen bei den Windpocken zu denken geben. Die Pharmafirma Merck, einer der Hersteller dieser Impfung, gibt einen Schutz von fünf Jahren an.⁴⁵

Im US-amerikanischen Ärztehandbuch wird zugegeben, dass es ungenügende Daten über die Vermeidung von Komplikationen nach der Windpocken-Erkrankung durch die Impfung gibt.⁴⁶ Doch gerade die Komplikationen will man doch durch diese Impfung vermeiden. Alle Wirksamkeitsstudien die es zu dieser Impfung gibt, sind nicht aussagekräftig. Denn man gibt zu, dass alle Menschen ihren Schutz vor der Erkrankung durch Kontakt mit Windpockenerkrankten ständig auffrischen. So auch die Geimpften.⁴⁷ Der „Schutz“ der Geimpften resultiert also nicht aus der Impfung, sondern aus dem windpockenverseuchten Umfeld. In den USA wurden jetzt erste Stimmen aus den Gesundheitsbehörden laut, die eine Wiederholungsimpfung verlangen. Bisher werden dort die Kinder mit 12 Monaten einmal, oder mit dem elften Lebensjahr zweimal im vierwöchigen Abstand geimpft. In einem Kinderhort in New Hampshire waren 25 von 88 Kindern an Windpocken erkrankt. 17 der Kinder waren gegen Windpocken geimpft.⁴⁸ Die Autoren beeilten sich allerdings mitzuteilen, dass bei den Geimpften die Krankheit milder verlaufen sei! Da Windpocken in aller Regel mild verlaufen, ist nicht ganz ersichtlich, was mit dieser Aussage gemeint ist. In Colchester erkrankten im November 2002 65 Schüler der Jack Jackter Grundschule an Windpocken. Das CDC schaltete sich ein und leitete Untersuchungen in die Wege, da ein Grossteil der Kinder geimpft war. Doch auch das Eingreifen der Gesundheitsbehörde verhinderte nicht, dass die Geimpften krank wurden! In der Crofton Woods Grundschule in Crofton (USA) erkrankten zehn Kinder an Windpocken, alle waren vorschriftsmässig geimpft.⁴⁹ Hier stellt sich niemand die Frage, wer oder was die Ungeimpften vor der Krankheit geschützt hat?

Sollten „Impfdurchbrüche“ entstehen, so die Aussage der Impfbe-fürworter, seien es grundsätzlich sehr mild verlaufende Fälle. In der medizinischen Literatur wird der Fall eines dreieinhalbjährigen Bu-ben beschrieben, der vorschriftsmässig gegen Windpocken geimpft worden war, dann trotzdem die Krankheit durchmachte. In der Folge davon erkrankte er an einer eitrigen Meningitis.⁵⁰

Verschiebung der Krankheit ins Erwachsenenalter

Windpocken können im Erwachsenenalter zu Komplikationen fuhren. Dies ist von allen Kinderkrankheiten im gleichen Masse be-kannt. Wenn man Impfungen gegen Windpocken forciert, ist mit ei-ner Verschiebung dieser Krankheit in das Erwachsenenalter zu rech-nen. Nicht etwa weil die Impfung eine schützende Wirkung hätte, son-dern weil das Immunsystem derart durcheinandergebracht wird, dass es nicht einmal mehr mit einer Krankheit reagieren kann. Auch bei der Windpockenimpfung mahnen bereits die ersten Forscher vor einer Verschiebung ins Erwachsenenalter. Bereits bei der Einführung der Impfung in den USA sagte Dr. Philip Brunell in seinem Bericht, dass als Folge von den Impfungen mehr und komplikationsreichere Windpockenfälle bei Erwachsenen auftreten werden.⁵¹ In einer gross angelegten amerikanischen Studie wurden ernsthafte Bedenken ge-äussert, dass die Windpockenimpfung die Krankheit in ein risikorei-ches Alter verschieben würde.⁵²

Vermehrte Fälle von Gürtelrose dank Impfungen?

Es gibt bereits Studien die belegen, dass die Windpockenimpfung Gürtelrose in sonst normal gesunden Kindern verursacht.⁵³ In einer anderen Studie wurde belegt, dass acht von 9'000 gesunden, gegen Windpocken geimpften Kinder durch die Impfung an Gürtelrose er-krankten.⁵⁴ In anderen Studien wurden auch diese Daten bestätigt.^{55,56,57} Es wurde ausdrücklich ein Zusammenhang zwischen der Impfung und der Gürtelrose hergestellt. Auch in der deutschen medi-zinischen Literatur wird auf die Gefahr durch den Impfstoff hinge-wiesen.⁵⁸ Prof. F. Zepp, Mitglied der STIKO und Leiter der Univer-sitätskinderklinik in Mainz meinte dazu: „*Ob die Impfung die Ge-impften auch noch im höheren Alter vor einem Zoster schützt, werden*

wir erst in 40 Jahren sehen."⁵⁹ Bis dahin ist jeder Windpockengeimpfte als Versuchskaninchen anzusehen!

Die staatlichen Gesundheitsbehörden von Los Angeles führten zusammen mit dem CDC eine Untersuchung durch, um festzustellen, welche Auswirkungen die Windpockenimpfung auf die Bevölkerung habe. Es wurde eine unerwartet hohe Anzahl von Zosterfällen bei ungeimpften Kindern beobachtet.⁶⁰ Nach Angaben von Dr. G. Goldman benötigen Kinder und Erwachsene den ständigen Kontakt mit dem Wildvirus, um ihr Immunsystem gegen diese Krankheit aufzubauen. Wird diese Krankheit durch die Impfung in ein anderes Alter verdrängt, oder das Immunsystem dadurch geschwächt, treten öfters Komplikationen auf, so wie eben die Gürtelrose bei Kindern. Man geht davon aus, dass durch diese Impfung die Gürtelrose um 20 Prozent zunehmen wird.

Die Vermarktung des Windpockenimpfstoffes

Die Einführung der Windpockenimpfung ist das beste Beispiel für ein gutes Marketing in den USA. Der Verkauf dieser Impfung lässt sich nur damit erklären, dass der Patient fest überzeugt ist, dass eine Impfung grundsätzlich schützt und notwendig ist. Die Firma Merck investierte mehr als fünf Millionen Dollar in die Entwicklung der Windpockenimpfung. S. Katz, Vorsitzender der Impfkommission an der National Academy of Science erklärte bereits 1985, dass Impfen nicht unbedingt etwas mit Gesundheitsvorsorge zu tun haben muss. Da die Firma Merck die Kosten der Impfung, die anfänglich nur für krebskranke Kinder gedacht war, nicht allein in dieser Verwendung wieder hereinholen konnte, arbeitete sie auf eine generelle Impfempfehlung, oder noch besser, auf eine Impfpflicht hin.⁶¹ 1995 wurde diese Impfung schliesslich in etlichen amerikanischen Bundesstaaten zur Pflicht für alle Kinder im Alter von 12 bis 18 Monaten. In Uruguay ist die Impfung ebenfalls 1999 als Pflichtimpfung eingeführt worden. Als Argument zu Impfeinführung wurde eine sogenannte Kosten-Nutzen-Analyse gebracht.⁶² Diese zeigte auf, dass anscheinend hohe Kosten durch die Impfung eingespart würden. Zwei Jahre nach Einführung dieser Impfung jedoch kam eine andere Kosten-Nutzen-Analyse zum Schluss, dass eine Kostendämpfung im Gesundheitswe-

sen nicht eintreten würde.⁶³ Doch es war bereits zu spät: Die Impfung war eingeführt und sollte es auch bleiben.

Auch für Deutschland existiert eine solche Kosten-Nutzen-Analyse, die jedoch sehr theoretisch abgehalten und in der Praxis nicht nachvollziehbar ist.⁶⁴ Sachsen hat die Windpockenimpfung als erstes Bundesland in Deutschland seit Sommer 2003 für alle Kinder ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen.⁶⁵

Diese Impfung ist die erste Impfung, die aus rein wirtschaftlichen Gründen eingeführt werden soll. Und dabei geht es schlussendlich um ganze eineinhalb bis zwei Krankenpflegetage, die man als Folgekosten vermeiden möchte. Immer unter der Voraussetzung, dass die Impfung die Kinder schützen würde! Um diese Impfung endlich allgemein empfehlen zu können, bedarf es noch einiger Angstkampagnen unter den Ärzten und Eltern. Windpocken gelten schon jetzt im Pharmajargon als todbringend und sollten unter allen Umständen vermieden werden. 1998 wurde in den USA eine Umfrage unter den Kinderärzten durchgeführt. Fünfzig Prozent von ihnen sagten, sie würden sich der Impfempfehlung der Behörden nicht anschliessen.⁶⁶ Auch in Deutschland hagelte es handfeste Kritik der Ärzte an einigen Kollegen, die Daten zu einer „zukünftigen Varizellenimpfstrategie“ veröffentlichten.⁶⁷ Den Autoren wurde vorgeworfen, die aus der Impfung resultierenden Komplikationen und ihre Folgekosten nicht einmal im Ansatz erwähnt zu haben. Die aufgestellten Modell-Berechnungen wurden ausnahmslos in Frage gestellt. In dem Beitrag war von 16 Prozent Komplikationen bei Windpocken die Rede. Auch diese Zahlen, so die Reaktion in der anschliessenden Diskussion, könne kein Kinderarzt nachvollziehen.

In Kanada wurde der Firma Merck gerichtlich verboten, für ihren Windpockenimpfstoff mit dem Argument zu werben, er rette Leben. Wortwörtlich heisst es : „*Es gibt keinen Beweis dafür, dass diese Behauptung von Merck-Frosst Canada zum Medikament Varivax wahr ist.*“⁶⁸

In Deutschland sind im Jahr 2002 rund 20'000 Windpockenimpfungen durchgeführt worden.⁶⁹ Durchschnittlich sterben pro Jahr nach Angaben des RKI sechs Kinder, meist unter fünf Jahren an den Windpocken. Obwohl hier zu differenzieren ist zwischen dem Tod

nach Windpocken und dem Tod an der Behandlung der Windpocken. Doch diese Zahlen werden nicht getrennt aufgeführt. Deshalb sind diese Zahlen mit Vorsicht zu geniessen, wie aus den USA zu sehen ist. In den Pediatric News⁷⁰ war zu lesen, dass im Jahr 1997 drei Kinder an Windpocken in den USA verstorben waren. Die Kinder waren 21 und 23 Monate sowie fünf Jahre alt. Wenn man diese drei Fälle allerdings näher ansieht, dann kommen etliche Zweifel auf:

Der fünfjährige Junge hatte Asthma in der Anamnese, ansonsten waren die Kinder gesund, hieß es. So weit so gut. Nun, wenn in einer Population von 300 Millionen Menschen dreijährlich an Windpocken sterben, so ist das keine Relation und noch lange kein Grund einen Impfstoff einzuführen. Natürlich ist der Tod eines Kindes immer eine Tragödie und sollte unter allen Umständen vermieden werden. Im Originalbericht über diese Fälle schliesslich stellte sich folgendes heraus:

Der 21 Monate alte Bub, der verstorben war, hatte alle vorgeschriebenen Impfungen erhalten außer der Windpockenimpfung. Er bekam einen normalen Windpockenausschlag und wurde mit Fieber von den Eltern ins Krankenhaus gebracht. Hier wurde er sofort mit Antihistamin und fiebersenkenden Mitteln behandelt. Drei Tage später erhielt er ein antivirales Mittel, um den Ausschlag zu dämpfen. Am nächsten Morgen wurde er lethargisch, seine Zirkulation war schlecht und seine bestehenden Windpockenbläschen füllten sich mit Blut. Daraufhin bekam er intravenös Antibiotika. Als die Atmung aussetzte erhielt er eine Intubation und als Medikament zusätzlich Dopamin. Zwei Stunden später setzte das Herz aus und er verstarb. Als Todesursache wurden Windpocken mit hämorrhagischen Komplikationen angegeben.

Der andere Fall, ein fünfjähriger Bub, wurde mit 40° C Fieber und typischem Windpockenausschlag in verschiedenen Stadien in das Spital gebracht. Er bekam als erstes fiebersenkende Mittel und Medikamente um den Ausschlag zu reduzieren. In der gleichen Nacht hatte das Kind Atemprobleme. Er wurde am nächsten Morgen entlassen und mit Medikamenten zum Inhalieren versehen. Am Tag darauf brachten die Eltern das Kind erneut ins Krankenhaus, weil er kurzzeitig war sowie Magen- und Beinschmerzen hatte. Man diagnostizier-

te eine Pneumonie und eine Streptokokken A-Erkrankung und verabreichte Antibiotika und antivirale Mittel. Seine Atmung verschlechterte sich darauf und er starb fünf Stunden später. Als Todesursache wurden Windpocken mit Komplikationen angegeben.

Der dritte Todesfall, ein 23 Monate alter Junge wurde von den Eltern mit Fieber, Windpockenausschlag und Cellulitis am linken Fuss in das Spital gebracht. Dort wurde er mit Antibiotika behandelt. Eine Sepsis und eine virale Meningoenzephalitis wurden diagnostiziert. Als man eine Antibiotikaresistenz feststellte, wurde das Mittel gewechselt und zusätzlich intravenös antivirale Mittel verabreicht. Am nächsten Tag traten Aorta-Probleme auf. Man stellte eine bakterielle Endokarditis fest. Wenige Tage später verstarb das Kind.⁷¹

Diese drei Kinder sind nicht an den Windpocken sondern an einer falschen bzw. überflüssigen Behandlung gestorben. Ich wage zu behaupten, dass diese Kinder noch leben würden, wenn man sie nicht ins Spital gebracht hätte. Was die Eltern ins Spital getrieben hat, waren zweierlei Dinge: Angst vor Fieber und Angst vor dem Ausschlag. Fieber ist keine Krankheit, sondern eine Heilreaktion des Körpers und es ist zu fordern und grundsätzlich, mit ganz wenigen Ausnahmen, nicht zu unterdrücken. Es gibt genügend Studien die eindeutig belegen, dass hohes und wiederholtes Fieber in der Kindheit im späteren Leben das Krebsrisiko signifikant senkt. Fieber ist also für unsere Gesundheit absolut förderlich. Zudem ist Fieber bei den Kinderkrankheiten, wie z.B. bei den Windpocken, ein wichtiges Element für ein gesundes Immunsystem. Hohes Fieber und Ausschläge, bzw. Hautschuppungen bei Kinderkrankheiten werden in der anthroposophischen Medizin als Zeichen gewertet, dass hier eine Umschmelzung des körpereigenen Eiweisses stattfindet. Dies ist ein komplizierter Prozess, der für unser Immunsystem sowie für unsere zukünftige Gesundheit sehr wichtig ist. Wird nun dieser Prozess durch fiebersenkende oder gar ausschlagdämpfende Mittel abrupt abgebrochen, kommt es in der Folge unweigerlich zu Komplikationen beim Patient. Das ist auch in der detaillierten Beschreibung der drei oben aufgeführten Todesfälle ersichtlich.

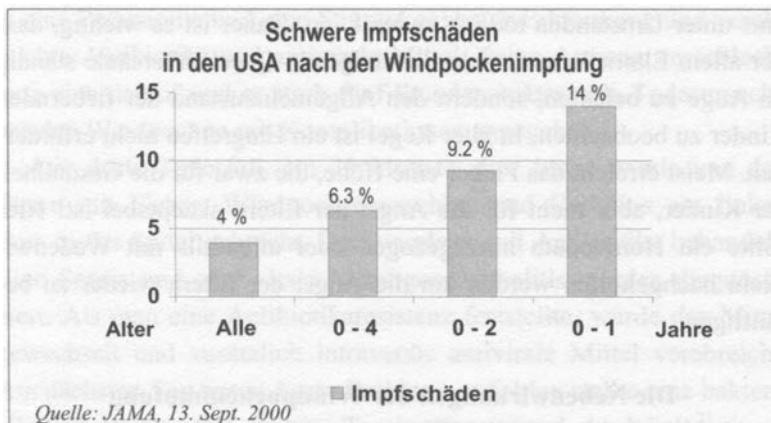
Eltern - und auch etliche Therapeuten! - müssen lernen, dass Fieber ein natürlicher Prozess ist und ein Eingriff in diesen Mechanismus

mus unter Umständen tödlich enden kann. Daher ist es wichtig, dass vor allem Eltern lernen, nicht die steigende Quecksilbersäule ständig im Auge zu behalten, sondern den Allgemeinzustand der fiebernden Kinder zu beobachten. In aller Regel ist ein Eingreifen nicht erforderlich. Meist erreicht das Fieber eine Höhe, die zwar für die Gesundheit der Kinder, aber nicht für die Angst der Eltern akzeptabel ist! Hier sollte ein Homöopath hinzugezogen oder allenfalls mit Wadenwickeln nachgeholfen werden um die Angst der Eltern wieder zu besänftigen.

Die Nebenwirkungen der Windpockenimpfung

Als Nebenwirkungen der Windpockenimpfung werden in den Beipackzetteln sowie in der medizinischen Literatur beschrieben: Schwellung, Rötung, Schmerz, windpockenähnliche Erkrankungen, Fieber, Thrombozytopenie (Blutplättchenkrankheit), Enzephalopathie (Gehirnerkrankung), Ataxie (Bewegungsstörungen), Pneumonie, Krämpfe, Nervenerkrankungen, Todesfälle, Herpes Zoster, Kopfschmerzen, Enzephalitis (Hirnentzündung). In Versuchen mit Mäusen und Hamstern wurden Krebserkrankungen nach der Windpockenimpfung festgestellt.^{72,73} Im US-amerikanischen Ärztehandbuch sind als Nebenwirkungen aufgeführt: Schmerzen, Rötung, Krankheiten des oberen Atemtraktes, Irritabilität, Appetitverlust, Ohrenentzündung, Kopfschmerzen, geschwollene Mandeln, Husten, Müdigkeit, Durchfall, Windpockenausschlag, allergische Reaktionen, Ekzeme, Erkältungen, Gelenkschmerzen.⁷⁴

Das FDA und die CDC haben 6'574 Nebenwirkungen nach der Windpockenimpfung analysiert und die ernsthaften Fälle aufgelschlüsselt: Tod, neurologische Probleme, Schädigungen des Immunsystems, Gehirnerkrankungen, Krämpfe, etc.⁷⁵ Die Verteilung der Daten auf das Alter der Geimpften sind in der Grafik auf der Seite 404 verdeutlicht. Es wurden auch zwei Fälle detaillierter beschrieben: Ein 18 Monate altes gesundes Kind, ohne allergische Probleme, wurde vier Tage nach der Impfung wegen Blutungen aus dem Mund ins Krankenhaus eingeliefert. Zwei Tage später starb der Bub an einer Hirnblutung. Ein anderes Kind, ohne Krampfanfälle in der Anamnese hatte drei Tage nach der Windpockenimpfung Krämpfe. Einen Monat

**Bild 32**

Starke Zunahme der schweren Impfschäden in den USA (inklusive zahlreiche Fälle von neurologischen Störungen, Schädigung des Immunsystems, Bluterkrankungen, Gehirnentzündungen, Krämpfe und Todesfälle), nach der Windpockenimpfung, vor allem im ersten und zweiten Lebensjahr.

später wurde trotzdem die zweite Impfung durchgeführt, worauf er mit tonisch-klonischen Krämpfen reagierte. In seinen Krankenakten steht, dass die Impfung gegen Windpocken mehr als nur ein Zufall in den postvakinalen Krämpfen spiele. Ein neunjähriges Kind starb 20 Monate nach der Windpockenimpfung. Die Impfung wurde als Ursache angenommen.⁷⁶ Die US-amerikanische Ärztegesellschaft zieht daraus den Schluss, dass bezüglich der Langzeitnebenwirkungen, der Wirksamkeit sowie der möglichen epidemiologischen Konsequenzen der Windpockenimpfung noch grosse Unsicherheit herrsche und weitere Forschungen notwendig seien.⁷⁷

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Geimpften erkranken an Impfwindpocken, die natürlich auch auf die Umgebung übertragen werden können. Dadurch sind schwangere Frauen besonders gefährdet.⁷⁸ In einer Untersuchung wurde über Fälle einer gefährlichen Autoimmunerkrankung der Regenbogenhaut (Uveitis) berichtet, die nach der Impfung auftrat.⁷⁹ Aus Angst vor dem Reye-Syndrom (siehe Kapitel Behandlung) wird dringend davor gewarnt, nicht nur an Windpocken erkrankten Kindern kein Aspirin zu verabreichen, sondern Windpockengeimpfte dürfen bis sechs Wochen nach der Impfung das Medikament ebenfalls nicht erhalten.⁸⁰

Bei der Aufzählung der Schäden, gleich um welche Impfung es sich handelt, darf nicht vergessen werden, dass viele Eltern und auch Ärzte nicht wissen, dass die Impfung die Ursache oder der Auslöser dieser Erkrankung ist. Deshalb werden viele dieser Schäden nicht gemeldet. Selbst wenn Eltern auf den Gedanken kommen, die Impfung sei der Auslöser, werden sie von ihrem behandelnden Arzt meist mit dem Hinweis auf ein „zufälliges Zusammentreffen“ von Krankheit und Impfung verwiesen und beruhigt. Auf der anderen Seite gibt es viele Ärzte die einen Impfschaden offiziell melden und von den Behörden oder der Herstellerfirma nicht Ernst genommen werden. Hier liegt noch vieles im Argen, weil man nicht zugeben darf und kann, dass Impfungen eben doch nicht „die höchste Errungenschaft der modernen Medizin“ darstellen.

Fazit

Windpocken sind eine harmlose Krankheit und die Impfung gegen diese Krankheit wird aus rein wirtschaftlichen Gründen empfohlen. Eltern und Ärzte sollten sich gegen diese Impfung wehren, die mit Gesundheit nichts und mit Prophylaxe erst recht nichts zu tun hat. Hier ist das beste Beispiel dafür, wie die Medizin und die Patienten zum willkürlichen Spielball der Pharmaindustrie werden. Wenn wir diesem Tun nicht Einhalt gebieten, werden wohl in Zukunft noch ganz andere und noch unnötigere Impfungen entwickelt und an unseren Kindern ausgetestet werden.

¹ Takahashi M., Adv Virus Res 29: 285-356, 1983

² Bokay J v., Wien, Klin Wochenschr 22: 1223-1326, 1909

³ Bruusgaard E., Br J Dermatol Syp 44:1-24, 1932

⁴ Kundratitz K, Monatsschr Kinder 29: 516-523, 1925

⁵ Garland J, NEJM 228: 336-337, 1945

⁶ Weller T, Stoddard MB, J Immunol 68: 311-319, 1952

⁷ Weller TH, Proc Soc Exp Biol Med 83: 340-346, 1953

⁸ Weller TH, et al, Proc Soc Exp Biol Med 86: 789, 1954

⁹ Weller TH et al, J Exp Med 108: 869-890, 1958

¹⁰ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed

- ¹¹ Preblud SR, Pediatrics 1986, 78, Suppl. 728-735
- ¹² Schwarz T, Vortrag am 6. Münchener Impftag, 25.10.2000
- ¹³ Kries R v., Kinderärztl Prax 2000, 3:147
- ¹⁴ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ¹⁵ Postuszak AL et al, 1994, NEJM; 330: 901-905
- ¹⁶ Schmitt HJ, Schutzimpfungen 2003, infomed
- ¹¹ Scholz H et al, Handbuch 2000, Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, München 2000
- ¹⁸ Heininger U., Impfratgeber Pädiatrie, Uni-Med 1999
- ¹⁹ Albonico HU et al, Med Hypoth 1998, 51(4): 315-320
- ²⁰ ESPED, Jahresbericht 1998
- ²¹ Kollaritsch, Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer, 2000
- ²² Baba K et al, J Pediatrics 108: 372-377, 1986
- ²³ Guess H et al, Pediatrics 76: 512-517, 1985
- ²⁴ Terada K et al, J Infect Dis 169: 650-652, 1994
- ²⁵ Canadian Press, 28.10.2003
- ²⁶ CDC MMWR, May 15, 1998, 47(18)
- ²⁷ Preblud S., Pediatrics 1986, 78 Suppl: 728-735
- ²⁸ Kollaritsch, Leitfaden für Schutzimpfungen, Springer, 2000
- ²⁹ Spiess H., Impfkompendium, 4. Aufl., Thieme, 1999
- ³⁰ Plotkin, Orenstein., Vaccines, Saunders Press, 3rd, Ed., 1999
- ³¹ Ärztezeitung, 21.3.2003
- ³² BAG, blauer Infektionsordner
- ³³ Plotkin, Orenstein., Vaccines, Saunders Press, 3rd, Ed., 1999
- ⁴ Plotkin, Orenstein., Vaccines, Saunders Press, 3rd, Ed., 1999
- ³⁵ Jilg W., Schutzimpfungen, ecomed 1996
- ³⁶ Physician's Desk Reference 2002, Seite 2201
- ³⁷ Hahn et al, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, 4. Aufl., Springer, 2001
- ³⁸ Plotkin, Orenstein., Vaccines, Saunders Press, 3rd, Ed., 1999
- ³⁹ Kollaritsch, Möstl, Impfen 2003, Ratgeber, Müller Verlag Wien
- ⁴⁰ Spiess H., Impfkompendium, 4. Aufl., Thieme, 1999
- ⁴¹ Tsolia et al, J Pediatr 1990, 116: 184-189
- ⁴² Salzmann MB et al, Journal of Pediatrics Juli 97, 131(1Pt1): 151-154
- ⁴³ Wise RP et al, JAMA 284: 10 (Sept. 13, 2000), 1271-79
- ⁴⁴ Miller NZ, Vaccines, are they really safe and effective?, New Atlantian Press, 2002
- ⁴⁵ O'Shea T., The Sanctity of Human Blood, 17. Aufl., North Woods, 2003
- ⁴⁶ Physician's Desk Reference 2002, Seite 1901
- ⁴⁷ Krause PR et al, Nat Med 2000, 6(4): 451 -454
- ⁴⁸ Galil K et al, NEJM 347, 2002, 1909
- ⁴⁹ Annapolis Capital, 9.10.2003, Burke, Scott
- ⁵⁰ Naruse H et al, Acta Paediatrica Japonica 1993, 35: 345-347
- ⁵¹ Brunell PA, Pediatrics 1986, 78 (suppl): 721-722
- ⁵² Halloran ME et al, Medical Sciences Bulletin, April 1995, p2
- ⁵³ Plotkin S., NEJM 1988, 318: 573-575
- ⁵⁴ Mangano MF et al, Pediatrics 1992, 89: 353-354
- ⁵⁵ Klinman D et al, Nature Medicine, 2000, 6: 381-82, 451-54

- ⁵⁶ McKinney M, Reuters Health, 3.3.2000
- ⁵⁷ Kohl S et al, Pediatric Infec Dis J 1999, 18: 1112-1113
- ⁵⁸ Spiess H., Impfkompendium, 4. Aufl., Thieme, 1999
- ⁵⁹ Süddeutsche Zeitung, 25.11.2003, Frühe Krankheit, spätes Leiden
- ⁶⁰ Vaccine, 1.10.2003
- ⁶¹ Wessel, Wall Street Journal, 16.1.1985
- ⁶² Lien TA et al, JAMA 1994, 271 (5): 375-381
- ⁶³ Strasseis SA et al, Pharmacotherapy, 1997, 17(1): 133-139
- ⁶⁴ Beutels P et al, J Infect Dis 1996, 174 Suppl. 3: 335-341
- ⁶⁵ Ärztezeitung 4.8.2003
- ⁶⁶ Newman RD et al, Arch Pediatr Adolesc Med 1998, 152(8): 792-796
- ⁶⁷ Wutzier P et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg 99, Heft 15, 12.4.2002,
- ⁶⁸ CBC News Canada, 2.4.1999
- ⁶⁹ Epidemiologisches Bulletin, RKI, 11/2003, 14.3.2003
- ⁷⁰ Pediatric News, 32(6): 10, 1998
- ⁷¹ CDC MMWR May 15, 1998, Vol. 47/No. 18
- ⁷² Yamanishi K et al, Journal Gen Virology 1981, 56: 421-430
- ⁷³ Gelb D et al, Journal Gen Virology, 1980, 51: 171-177
- ⁷⁴ Physicians Desk Reference 2002
- ⁷⁵ JAMA 13.9.2000
- ⁷⁶ Wise R et al, JAMA 284: 10, 2000
- ⁷⁷ J Okla State Med Assoc 1997, 90(7): 376-382
- ⁷⁸ Arbeter AM et al, Pediatrics 1986, 78(suppl): 748-756
- ⁷⁹ Esmaeli-Gutstein B et al, Am J Ophthalmol 1999, 127(6): 733-734
- ⁸⁰ Quast U., Ley S., Schutzimpfungen im Dialog, Kilian 1999

Verzeichnis der Abkürzungen

AFP	Acute Flaccid Paralysis, akute schlaffe Lähmungen
AGI	Arbeitsgemeinschaft Influenza
AGM	Arbeitsgemeinschaft Masern
AMA	American Medical Association
AP	Nachrichtenagentur
BAG	Bundesamt für Gesundheit, Bern
CDC	Centers for Disease Control, USA
CFS	Chronic Fatigue Syndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom
CHO	Chinese Hamster Ovary
CRS	Congenital Rubella Syndrom
DDT	Dichlor-Diphenyl-Trichloräthan
DGK	Deutsches Grünes Kreuz
DPT	Diphtherie, Pertussis, Tetanus
DT	Diphtherie und Tetanus
EEG	Elektroenzephalogramm
ELISA	Enzyme linked immuno sorbent assay
EKG	Elektrokardiogramm
EPI	Expanded Programme on Immunisation
FDA	Food and Drug Administration, USA
FSME	Frühsommermeningoenzephalitis
GBS	Gullain Barre-Syndrom, Lähmungen
HCG	Human Chorionic Gondotropine, Abtreibungshormon
HHE	hypotone hyporesponsive Episoden
IfSG	Infektionsschutzgesetz, Deutschland
IOM	Institute of Medicine, USA
IPV	Spritzimpfung gegen Polio
JAMA	Journal of American Medical Association
MMR	Masern, Mumps und Röteln
NEJM	New England Journal of Medicine
NIH	National Institute of Health, USA
NVIC	National Vaccination Information Center, impfkritische Gruppe in USA

ÖGK	Österreichisches Grünes Kreuz
OPV	Orale Polio Vakzine, Schluckimpfung gegen Polio
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PEI	Paul-Ehrlich-Institut, Langen
PRB	Polyribosyl-ribitol-phosphat
RKI	Robert-Koch-Institut, Berlin
RNA	Ribonucleic acid
RS	Respiratory Syncytial Viren
SIDS	Sudden Infant Death Syndrom, plötzlicher Kindstod
SKB	SmithKlineBeecham, Impfstoffhersteller
SKIF	Schweizerische Kommission für Impffragen
SSPE	Subaktive sklerosierende Panenzephalitis, gehirnzerstörende Krankheit
STIKO	Ständige Impfkommission, Deutschland
SUVA	Schweizerische Unfall und Versicherungsanstalt
TCM	Technology Council of Maryland
UAW	Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen
VAERS	Behörde die Arzneimittelnebenwirkungen sammelt in USA
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Anita Petek-Dimmer
Julia Emmenegger

Rund ums Impfen

Dieses Nachschlagewerk über Impfungen ist bereits
in vierter, erweiterter und aktualisierter Auflage erschienen

Um zu einem tragfähigen Entscheid für oder gegen das Impfen zu kommen, müssen sich die Eltern durch etliche Literatur durchlesen. Dies ist nicht immer einfach. Einerseits fehlt die dafür nötige Zeit und andererseits oft auch die Geduld. Viele Bücher sind zudem oft so geschrieben, dass sie für Laien schwer verständlich sind. Mit dem Buch „*Rund ums Impfen*“ liegt eine impfkritische Lektüre vor, die den Eltern auf leicht verständliche Art die Thematik und vor allem aber auch die Problematik des Impfens näher bringt.

Die beiden Autorinnen, Anita Petek-Dimmer und Julia Emmenegger haben aus ihrer Beratungs-, sowie Kurs- und Vortragstätigkeit die wichtigsten Fragen zum Thema Impfen in kurzer und bündiger Form verständlich dargelegt. „*Rund ums Impfen*“ ist ein Nachschlagewerk, in dem jede Krankheit mit ihren Behandlungsmöglichkeiten, sowie die dazugehörige Impfung mit Zusatzstoffen, Nebenwirkungen, etc. genau beschrieben wird.

Für Eltern, die sich für das Impfen entscheiden, werden Hinweise gebracht, wie man am besten vorgeht. Das Buch enthält ausserdem alle aktuellen Impfpläne aus dem deutschsprachigen Raum, sowie Adressen von deutschsprachigen Organisationen der verschiedenen Länder, die umfassend und kritisch über das Thema Impfen aufklären.

ISBN 978-3-905353-58-X

AEGIS Schweiz
Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz
Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363
E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch

Julia Emmenegger, Judith Egli

Förderung der Eigenheilkräfte

**Gesundheits- und Krankenpflege
mit natürlichen Anwendungen für gross und klein**

**Dieses Buch gehört in jeden Haushalt.
Hier finden Sie altes Wissen unserer Grossmütter,
das in Vergessenheit zu geraten droht**

Viele Menschen stehen bei alltäglichen gesundheitlichen Störungen ratlos da. Sie wissen sich und ihren Kindern nicht zu helfen. Dieses Buch erörtert die Grundlagen zur Gesunderhaltung. Es zeigt auf, wie mit einfachen Massnahmen wie Bäder, Wickel, Kräuteranwendungen, angepasster Ernährung, der nötigen Ruhe und einer positiven Lebenseinstellung die Eigenheilkräfte angeregt werden können, um die Selbstheilung einzuleiten. Dazu braucht es keine besonderen Einrichtungen oder kostspieligen Anschaffungen. Das Vorgehen und die korrekte Handhabung der Heilmethoden ist für alle lernbar.

Die Autorinnen geben regelmässig Kurse, an denen dieses Wissen anschaulich demonstriert und weitergegeben wird. Auskunft bei AEGIS Schweiz oder auf www.aegis.ch

ISBN 978-3-905353-09-1

AEGIS Schweiz
Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz
Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363
E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch

AEGIS IMPULS

**Ein Forum für Impfproblematik und neue Wege
in Gesundheit, Medizin und Gesellschaft**

AEGIS IMPULS

ist die älteste deutschsprachige impfkritische Zeitschrift, mit Themen über Gesundheit, Medizin, Ernährung und Gesellschaft. Namhafte Autoren wie Ärzte, Wissenschaftler, Biologen, bekannte Homöopathen, Fachleute im Bereich der Erfahrungsmedizin, Buchautoren, usw., sichern ein hohes und sehr informatives Niveau der Beiträge.

Um die Unabhängigkeit dieser Publikation zu wahren, wurde von Anfang an auf Inserate verzichtet. Die Schwerpunktthemen der einzelnen Ausgaben ergeben mit der Zeit ein profundes Kompendium über das Impfen und die Impfproblematik. Alle bisherigen Ausgaben, ausser Nr. 1, sind noch erhältlich.

**Erscheint viermal jährlich,
jeweils im Januar, April, Juli und Oktober.**

AEGIS Mitgliedschaft und Jahresabo
inkl. Porto und Versand **Fr. 37.00**,

Deutschland, Österreich Luxemburg und Italien **€ 26.00**,
übriges Ausland **Fr. 45.00**,

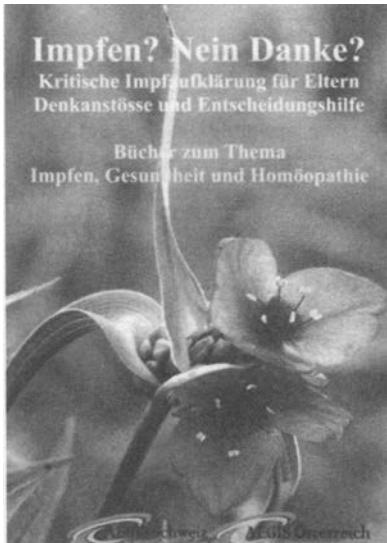
Einzelheft **Fr. 10.00, € 7.00** zuzüglich Porto und Versand.

AEGIS Schweiz

Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz

Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363

E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch



Impfen? Nein Danke?

Eine Broschüre über die
Impfproblematik herausgegeben von
AEGIS Schweiz und
AEGIS Österreich

16 Seiten, farbig

In der Broschüre werden eine grosse Anzahl impfkritischer Bücher sowie Bücher zur Homöopathie vorgestellt. Ausserdem enthält sie die häufigsten Fragen rund um das Impfen mit den dazugehörigen Antworten. Von Wichtigkeit sind auch z.B. die Herstellungsverfahren, Inhaltsstoffe, Wirksamkeitsstudien, usw., die separat beschrieben werden.

Nur die Eltern allein können die Verantwortung für ihr Kind übernehmen. Niemand nimmt ihnen diese Entscheidungen ab. Damit Eltern in ihrer Entscheidungsfindung nicht nur eine Seite hören, hat AEGIS es sich zur Aufgabe gemacht, über die andere Seite dieses Themas aufzuklären.

Diese kostenlose Broschüre bietet dazu eine erste Hilfe.

AEGIS Schweiz

Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz

Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363

E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch

AEGIS Österreich

A-8563 Ligist 89

Teil. (+43) 03143 297 313, Fax (+43) 03143 29 734

E-Mail: info@aegis.at, www.aegis.at

Impfen, Segen oder doch ein Problem?

Die wichtigste Aufgabe, welche wir uns als Verein gesetzt haben, ist die gezielte Aufklärung über Impfungen, sowohl bei Menschen als auch bei Tieren, ihre Gefährlichkeit und Wirkungslosigkeit. Deshalb bieten wir Vorträge an. Die Vorträge richten sich in erster Linie an Eltern mit jungen Kindern, Ärzte und Menschen aus dem Gesundheits- und Erziehungswesen. Je nach Zielgruppe ist der Inhalt des Vortrages entsprechend angepasst. Rufen Sie uns bitte an, wenn Sie einen Vortrag in Ihrer Nähe wünschen. Für Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Mütterberatungsschwestern sowie für Therapeuten von verschiedenen Heilrichtungen halten wir sowohl Vorträge als auch Fortbildungen zum Thema Impfen.

Auf der Homepage der jeweiligen AEGIS-Organisationen sind die aktuellen Daten der öffentlichen Vorträge laufend ausgeschrieben, sowie in der neuesten Ausgabe der Zeitschrift IMPULS. Gerne geben wir auch telefonisch Auskunft. Es ist uns ein Anliegen, möglichst viele Menschen zu erreichen.

In den einzelnen deutschsprachigen Ländern findet einmal jährlich ein von uns organisiertes, ganztägiges Impfforum mit internationalen Referenten statt.

Für Ärzte haben wir ein „*Internationales Symposium über die Pathogenität der Impfungen*“ ins Leben gerufen. **PathoVacc** wird jeweils jährlich von AEGIS in einem anderen deutschsprachigen Land organisiert.

AEGIS Schweiz

Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz

Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363

E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch

AEGIS Mitgliedschaft

Sie sind ganz herzlich eingeladen, Mitglied von AEGIS zu werden. Damit werden Sie durch unsere Zeitschrift, AEGIS IMPULS regelmässig zu den Themen Impfen, Gesundheit und Ernährung informiert. AEGIS Organisationen gibt es in vielen Ländern. Ihre Anmeldung wird an AEGIS in Ihrer Nähe weitergeleitet. Es werden laufend neue AEGIS Vereine gegründet. Der Mitgliedschaftsbeitrag beträgt zur Zeit Fr. 37.00, Euro 26.00, (Stand 2006)

Besuchen Sie unsere Website

www. aegis.ch

mit Links zu AEGIS Organisationen und anderen impfkritischen Gruppen weltweit. Dort werden Sie Antworten auf viele Ihrer Impffragen finden.

AEGIS Schweiz

Udelbodenstrasse 43, CH-6014 Littau, Schweiz
Tel. (+41) 041 250 2475 Fax (+41) 041 250 2363
E-Mail: info@aegis.ch www.aegis.ch

Die Autorin ist im deutschsprachigen Raum bestens bekannt als profunde Kennerin des Impfwesens. Seit mehr als zehn Jahren befasst sie sich eingehend mit dieser Thematik. Diese beiden Bände sind aufgrund eines intensiven Literaturstudiums sowie zahllosen Diskussionen mit Ärzten, Biologen und Immunologen entstanden. Mit ihrer Fülle an Material gibt es derzeit kein vergleichbares Buch zu diesem Thema auf dem Büchermarkt. Die beiden Bücher sind mit ihren ausführlichen und reichlichen Quellenangaben auch eine wertvolle Hilfe für diejenigen, die sich weiter in die Materie vertiefen wollen. Besonders für Therapeuten sind sie in ihrer täglichen Arbeit als grosse Stütze gedacht.

In Band 1 werden sämtliche für unsere Kinder empfohlenen Impfungen, einschliesslich Grippe, Pneumokokken und Meningokokken detailliert beschrieben. Angefangen von der Geschichte der einzelnen Krankheiten, ihrer Behandlung und evtl. Komplikationen wird über die dazugehörigen Impfstoffe, ihre jeweiligen Nebenwirkungen, Zusatzstoffe sowie ausführlich über die Wirksamkeitsstudien berichtet.

In einem eigenen, grossen Kapitel wird der Frage über die wahre Ursache von Krankheiten nachgegangen. Bei einem Blick zurück in die Geschichte der Impfungen beschreibt die Autorin die verhängnisvolle Wende in der Medizin, die durch Louis Pasteur und Robert Koch eingeleitet wurde und die die heutige Medizin in eine Sackgasse geführt hat. Sehr ausführlich geht sie auf den Pleomorphismus ein, also auf die wirkliche Rolle und Aufgabe der Mikroben in unserem Organismus. Wenn man diese grundlegenden Dinge verstanden hat, weiss man auch, wieso die Antigen-Antikörper-Theorie nicht stimmen kann.

In Band 2 sind alle derzeit erhältlichen Reiseimpfungen ebenso ausführlich beschrieben wie im ersten Band die Allgemeinimpfungen. Als bisher erstes Buch im deutschsprachigen Raum enthält es zudem sämtliche Tierimpfungen, detailliert beschrieben und mit vielen Beispielen versehen. Ein grosses Kapitel ist den Impfzusatzstoffen gewidmet, ihrer Bedeutung, Herkunft und Wirkung auf den Menschen, bzw. die Tiere. Eine Sammlung dieser Fakten ist bislang einzigartig in der Literatur.

ISBN 978-3-905353-56-3

www.aegis.ch