



Die Seuchen-Erfinder

Hans U. P. Tolzin

Von der Spanischen Grippe bis EHEC:
So werden wir von unseren Gesundheits-
behörden für dumm verkauft!

Tolzin Verlag
Edition impf-report

„Das Wahre ist eine Fackel, aber eine ungeheure; deshalb suchen wir alle nur blinzelnd so daran vorbei zu kommen, in Furcht sogar, uns zu verbrennen.

Johann Wolfgang von Goethe

Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden vom Autor sorgfältig recherchiert und werden von ihm nach bestem Wissen und Gewissen wiedergegeben. Trotz aller Sorgfalt erhebt er jedoch keinen Anspruch auf absolute Richtigkeit und auf Vollständigkeit. Er ist sich sehr wohl bewusst, dass er unvollkommen ist und irren kann und deshalb keine Garantie für die Inhalte und Schlussfolgerungen zu geben vermag. Im Zweifelsfalle ist zu empfehlen, die angegebenen Quellen selbst zu prüfen. Hierbei ist der Autor auf Anfrage gerne behilflich. Irrtum und Druckfehler vorbehalten. Bitte konsultieren Sie vor jeder wichtigen gesundheitlichen Entscheidung einen Arzt oder Heilpraktiker Ihres Vertrauens – und natürlich vor allem anderen: Ihren eigenen gesunden Menschenverstand.

© 2012 Tolzin Verlag
Alle Rechte vorbehalten
1. Auflage September 2012

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen oder elektronischen Wiedergabe und der Übersetzung vorbehalten.

Computersatz & Titelbildgestaltung: Sarah Tolzin

Quelle des Titelfotos: Fotolia.de, Franz Pflügel

Druck: Lindemann, Offenbach

Tolzin Verlag
Neffenallee 2
74523 Schwäbisch Hall
Fon +49 (0)791/2041 124-7
Fax +49 (0)791/2041 124-8
<http://www.impf-report.de>
<http://www.impfkritik.de>
redaktion@impf-report.de

ISBN: 978-3-9813286-8-4



Die Seuchen-Erfinder

Hans U. P. Tolzin

Von der Spanischen Grippe bis EHEC:
So werden wir von den Gesundheits-
behörden für dumm verkauft!

Tolzin Verlag
Edition impf-report



Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort von Dr. med. Claus Köhnlein	9
Vorwort des Autors: Der Paradigmenwechsel ist überfällig	11
Absurde Tunnelblick-Diagnosen	13
In 11 Schritten von der Virushypothese zum Virusbeweis	15

EHEC

Vom nützlichen Darmbakterium zum Killerkeim	20
Zahlreiche Widersprüche geben Rätsel auf	23
Ein EHEC allein macht noch lange keine Krankheit	38
Zweifelhafte Tierversuche führen zu fragwürdigen Hypothesen	40
Sommergrippe und Temperaturschwankungen	43
Ein einziger „EHEC-begeisterter“ Arzt reicht für den Startschuss	44
Antibiotika und die Folgen	45
Tabu-Thema Hochsicherheits-Institute	46
Nebenwirkungen der industriellen Landwirtschaft	47
Intellektuelle Inzucht und Tunnelblick	48
Idealer Nährboden für Erreger-Panikmache	50
Heilung verboten: Therapiefreiheit wird zur Farce	54
Was war der wahre Auslöser der „Epidemie“?	58
Essen Sie ausreichend frisches Obst und Gemüse	59
Literatur	59

Schweinegrippe (H1N1)

Warum eine sorgfältige Anamnese unverzichtbar ist	61
Subtypen: Die vielfältige Einfalt der Mikrobenjäger	65
Woran erkennt man eigentlich eine Epidemie?	68
Eine Labortest-Pandemie als Vorspiel	69

Warum die Labortests fragwürdig sind	69
Auftakt der Seuchenerfinder in chronologischer Reihenfolge	71
Heimliche Änderung der Pandemie-Kriterien	84
Historische Parallelen?.....	84
Eine gezielt erfundene Pandemie	85
Der Mensch ist zu 90 % ein Schwein!	87
Welche Motive haben die Seuchen-Erfinder?	90
40 gute Gründe, sich nicht impfen zu lassen	94
Fußnoten	106

Blauzungenkrankheit

„Die Politik ist gegenüber der Pharmalobby ohnmächtig“	109
Eine nachvollziehbare Begründung fehlt	110
Vollbild der BTB-Symptome	111
„21.000 betroffene Betriebe“ als einziges Argument	112
Das „Rätsel der 21.000“	114
Mögliche Erklärungen für den Seuchenverlauf	118
Des Rätsels Lösung?	119
Tunnelblick und Unterlassungen versperren die Sicht	120
Die FLI-Studie: Ein völlig wertloser Feldtest	121
Nach der Impfung kam die Katastrophe	131
Zahllose Impfschadensberichte	132
Die Blauzungenkrankheit aus Sicht des FLI	139
Die Blauzungenkrankheit im Jahr 1956	142
Die ersten Blauzungenausbrüche in Nordeuropa	149
Fehlanzeige Differenzialdiagnose: Ähnliche Krankheiten	153
Wie man das Blauzungenvirus (er) fand	159
Ohne Gewähr: Die Zusatzstoffe	165
Fazit	166
Fußnoten & Literatur	167

SARS

Wie alles begann: Die Historie des SARS-Virus	169
Wechselnde Falldefinitionen: Was ist eigentlich SARS?	183
Worauf sich alle verlassen: Die Labortests	187
Der Labortest von artus GmbH und BNI	187
Der Labortest von Euroimmun und RKI	189
In Kanada verwendete Virentests	191
Fallzahlen im Vergleich	192
Widersprüchliche Angaben über die Verbreitungsrate	193
„Mutationen“ nur in der Zellkultur?.....	194
Tabu-Thema Medikamenten-Nebenwirkungen	195
Das Rotterdamer Experiment: „Endgültiger Beweis“?.....	196
Sind Armut- und Umweltfaktoren die wahren Ursachen?	199
Die Schlüsselrolle des Dr. Shigeru Omi	200
Mögliche machtpolitische Motive	201
Fazit: SARS ist nur ein Phantom!.....	203
Fußnoten	203

Spanische Grippe

Die Symptome laut Augenzeugenberichten	207
Merkwürdige Widersprüche.....	209
Augenzeugen geben Massenimpfungen die Schuld	214
Der amerikanische „Impf-Bürgerkrieg“ von 1918	218
Das Ausmaß der Impfungen in den USA im Jahr 1918	222
Die Impfhistorie bis 1918.....	223
Welche Impfrisiken waren 1918 bekannt?	227
Die Gründe für die Leugnung eines Zusammenhangs	238
Fazit	242
Fußnoten	243

Vogelgrippe

Wie die „Epidemie“ im Februar 2003 begann	249
Die Symptome aus Sicht des FLI	250
Massentierhaltung und Differenzialdiagnosen	251
Experten-Tunnelblick und blinder Glaube an Labortests	252
Die asiatische „Vogelgrippe-Epidemie“ von 2004	253
Offene Fragen	254
Vogelgrippe 2006: Zahlreiche Widersprüche	255
Fazit	262
Fußnoten	263

Anhang

Glossar	265
Über den Autor	277
Weiterführende Webseiten & Literatur	279

Vorwort

Vom Viruswahn über den Seuchen-Erfinder zum Impfwahn sind es jeweils nur kurze gedankliche Schritte. Es lohnt sich die Mühe, diese Schritte nachzuvollziehen, da sich die Schlussfolgerungen ausgesprochen ent-ängstigend und damit positiv auf die Gesundheit jedes Einzelnen auswirken können.

Wie kann es sein, dass in einer Zeit des ungebremsen Wohlstandes, bester Ernährungslage und bester hygienischer Bedingungen immer wieder „neue Seuchen“ auftauchen? Indem er die Entstehungsgeschichten dieser modernen Seuchen minutiös verfolgt, beschreibt Hans Tolzin in seinem Buch anschaulich, dass es sich hier eben nicht um Seuchen im eigentlichen Sinne handelt, sondern vielmehr um seuchenhaft verbreitete fragwürdige Labortests (Antikörper- und Gentests), in deren Folge seit langem bekannte Krankheitsbilder (z. B. Grippe und Lungenentzündung) einfach umgetauft und dann z. B. als „Neue Grippe“ (Schweinegrippe) verkauft werden. Paul Watzlawick, einer der bekanntesten Kommunikationsforscher, hat dieses Massenphänomen schon in den 70er Jahren in seinem Buch *„Wie wirklich ist die Wirklichkeit“* anschaulich am Beispiel der „zerkratzten Windschutzscheiben“ beschrieben.¹ Da ich diese Gedanken für extrem wichtig halte, hier ein nahezu wörtliches Zitat aus seinem Buch:

„Ende der 50er Jahre brach in der Stadt Seattle eine merkwürdige Epidemie aus: Immer mehr Autobesitzer stellten fest, das ihre Windschutzscheiben von kleinen pockenartigen Kratzern übersät waren. Es waren zwei Theorien im Umlauf: Auf Grund der einen Theorie waren kürzlich abgehaltene Atomtests (Fallouttheorie) und der dadurch erzeugte radioaktive Niederschlag die Ursache. Nach der anderen Theorie (Asphalttheorie) waren es die frisch asphaltierten Autobahnen, die Säuretröpfchen auf den Windschutzscheiben hinterließen. Ein eingesetztes Expertenteam kam zu einer wesentlich einfacheren Erklärung. Es fand heraus, dass es zu einem Massenphänomen gekommen war: Als sich die Berichte in den Medien über pockennarbige Windschutzscheiben häuften, untersuchten immer mehr Autofahrer ihre Windschutzscheiben. Die meisten taten dies, indem sie sich von außen über die Scheiben beugten und sie auf kürzeste Entfernung prüften, statt wie bisher von innen und unter dem normalen Blickwinkel durch die Scheiben hindurchzusehen.“

Das heißt, es hatte nie wirklich eine Epidemie zerkratzter Windschutz-

scheiben gegeben, sondern lediglich die „epidemische“ Verbreitung einer neuen Wahrnehmung von Scheiben aus einem anderen Blickwinkel. Watzlawick schreibt weiter:

„Dieser Fall lehrt uns, dass sich eine völlig alltägliche, unbedeutende Tatsache (wie die Grippe - Anm. des Verfassers) mit affektgeladenen Themen verquicken kann und dass von diesem Augenblick an eine Entwicklung ihren Lauf nimmt, die keiner weiteren Beweise bedarf, sondern rein aus sich heraus, selbstbestätigend und selbstverstärkend immer weitere Personenkreise in ihren Bann zieht.“

Beinahe analog zu Watzlawicks Beispiel verbreiten sich die „Neuen Seuchen“ mit Bezeichnungen wie „AIDS“, „Hepatitis C“, „BSE“, „EHEC“, „SARS“, „Vogelgrippe“ oder „Schweinegrippe“ über den Globus und verbreiten Angst und Schrecken. Gelegentlich durchaus im Interesse der Industrie und um Aufmerksamkeit buhlender Seuchenbehörden, allen voran die WHO.

Auch das Dilemma des behandelnden Arztes, der vor einem schwer kranken Patienten steht und sich schwer tut, therapeutische Zurückhaltung zu üben, beschreibt Tolzin hervorragend.

Nicht die Geduld des Internisten früherer Zeiten scheint heute gefragt, sondern reiner Aktionismus sowohl im diagnostischen wie auch im therapeutischen Bereich. Das alte Sprichwort *„eine Grippe dauert mit Arzt eine Woche und ohne Arzt sieben Tage“* ist vergessen, und damit auch der häufig sich selbst begrenzende Charakter vieler Krankheiten. Stattdessen wird gerade im Bereich der Viruskrankheiten mit schwerem Geschütz (Virustatika) vorgegangen und so das Immunsystem in genau dem Moment erheblich geschwächt, in dem es der Mensch am dringendsten braucht: Bei SARS im Allgemeinen und Carlo Urbani² im Speziellen war sicherlich auch eine hochdosierte antivirale Therapie mit Schuld an den ungünstigen Verläufen. Den meisten Ärzten ist nicht klar, dass antivirale Substanzen nicht nur spezifische Viren hemmen, sondern auch die DNA des Wirtes – und somit erheblichen Schaden anrichten können.

Lesen Sie dieses Buch – es kann Sie von unberechtigten Ängsten befreien und möglicherweise von erheblichem Nutzen für Ihre Gesundheit sein!

*Dr. med. Claus Köhnlein, Internist
(Autor des Bestsellers „Virus-Wahn“)*

¹ Paul Watzlawick „Wie wirklich ist die Wirklichkeit - Wahn, Täuschung, Verstehen“, Piper-Verlag 1976

² Zu Carlo Urbani siehe SARS-Kapitel ab Seite 170

Wir stehen vor dem vielleicht wichtigsten Paradigmenwechsel in der Medizin

Wir alle neigen mehr oder weniger dazu, das Weltbild ungeprüft zu übernehmen, das uns von dem sozialen Organismus, dem wir uns zugehörig fühlen (Familie, Freundeskreis, Glaubensgemeinschaft, Gesellschaft), als Wahrheit vermittelt wird. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass uns diese Gemeinschaften Geborgenheit und Identität vermitteln, insbesondere wenn wir in sie hineingeboren wurden. Ein Hinterfragen des Weltbildes oder der Werte birgt das Risiko in sich, ausgegrenzt zu werden, denn traditionell gesehen ist dieses *kollektive Gewissen*, wie ich es nennen möchte, nicht sehr tolerant. Das mag, als wir noch Jäger und Sammler waren und das tägliche Überleben in einer feindlichen Umwelt an einem seidenen Faden hing, seine Berechtigung gehabt haben: Die Gemeinschaft war darauf angewiesen, dass jeder Einzelne seinen Beitrag leistete. Wer gegen die Regeln verstieß, gefährdete damit unter Umständen das Überleben der Gemeinschaft.

Für ein Kleinkind gilt auch heute noch, dass es nicht ohne Hilfe überleben kann. Es wird sich allein schon deshalb in die Werte der Gemeinschaft, die es schützt, einfügen. Daneben darf aber auch der Aspekt der Identität nicht vernachlässigt werden. Unsere Gemeinschaft gibt uns Orientierung, zeigt uns, wo unser Platz ist, vermittelt uns unseren Wert, sagt uns wer wir sind und gibt uns Sinn. Das ist zwar gut und richtig auf dem Weg zum Erwachsenwerden, doch sollte mit der Zeit das übernommene kollektive Gewissen durch das persönliche Gewissen, das auf Erfahrungswerten, Intuition und gesundem Menschenverstand basiert, abgelöst werden.

Dies kann problemlos geschehen, wenn sich das Umfeld als tolerant und nährend erweist und großen Wert darauf legt, dass der Einzelne seinen ureigenen Weg findet und beschreitet, selbst wenn dieser aus der Gemeinschaft herausführen sollte. Doch wo finden wir so eine Umgebung? Die Situation hat sich zwar gebessert, wir haben ein mehr oder weniger funktionierendes Rechtssystem, das Toleranz gebietet, leben – zumindest in Mitteleuropa – in relativem Wohlstand und in Sicherheit, angebliche Hexen und Ketzer werden nicht mehr verbrannt und es droht kein hochnotpeinliches Verhör durch Inquisition, SA oder Stasi. Doch wenn auch die Folgen nicht mehr so gravierend sind wie noch vor wenigen

Jahrzehnten, so werden Abweichler heute wie damals ausgegrenzt, mit Liebesentzug und Missachtung bestraft.

Die Normen der Gemeinschaft zu verletzen, die uns Identität und Geborgenheit gibt, erzeugt Angst. Eine der vielen Normen ist der Glaube an die Existenz unzähliger gefährlicher Erreger, denen wir angeblich ohne die schützende Hand der Schulmedizin, insbesondere aber der Mikrobiologen, hilflos ausgesetzt wären. Ähnlich wie zu früheren Zeiten die gläubigen Christen angeblich ohne die schützende Hand der Kirche dem Teufel hilflos ausgesetzt waren. Ein hinkender Vergleich? Wir werden im Verlaufe des Buches sehen.

Eine kleine Warnung vorweg: Wenn Sie sich auf dieses Buch einlassen, besteht die „Gefahr“, dass Sie das derzeit geltende Weltbild der Gesellschaft verlassen und neue Pfade beschreiten. Die Erregerfrage bietet eine hervorragende – und aufregende – Möglichkeit, eigene Erfahrungswerte und Glaubensmuster zu überprüfen und vor allem den gesunden Menschenverstand zu trainieren. Es ist eine innere Auseinandersetzung, die in dem Maße möglich ist, wie Sie Ihre Angst vor der Reaktion des alten kollektiven Gewissens loslassen können.

Ich erwarte keineswegs, dass Sie sich nach der Lektüre des Buches meinen Schlussfolgerungen bedingungslos anschließen. Im Gegenteil: Kritiklose Leichtgläubigkeit, basierend auf der Angst vor Ausgrenzung, ist ja ein grundlegendes Problem, an dem unsere Gesellschaft krankt. Was hätte sich schon groß geändert, wenn Sie von einem Tag auf den anderen nicht mehr dem Gesundheitsminister, sondern statt dessen dem Herrn Tolzin kritiklos glauben?

Dann wäre ja der eigentlich notwendige Paradigmenwandel, bei dem das persönliche Gewissen gegenüber einer Fremdbestimmung die Führung übernehmen muss, nicht vollzogen. Glauben Sie mir, die Welt wird von dem Tag an eine bessere sein, wenn wir Menschen aufhören, blindlings mit der Herde zu rennen.

Es würde es mich deshalb freuen, wenn Sie zumindest bei einigen Aussagen, die in diesem Buch gemacht werden, nachforschen und sich z. B. die angegebenen Quellen selbst heraussuchen. Darum bitte ich Sie nicht zuletzt deshalb, weil auch ich Fehler machen und irren kann. Ich fordere Sie hiermit auf, nur das zu übernehmen, was für Sie nachvollziehbar ist und Sie wirklich überzeugt. Und natürlich freue ich mich auf Ihre Rückmeldungen, seien sie nun positiv oder kritisch.

Hans U. P. Tolzin, im August 2012

Absurde „Tunnelblick-Diagnosen“

Stellen Sie sich vor, es geschieht ein Mord. Daraufhin startet die Polizei eine Rasterfandung im Umkreis von 3 Kilometern. Man stellt fest, dass innerhalb dieses Gebietes ein vorbestrafter Mann wohnt. Sie beenden sofort jede weitere Fahndung, verhaften den Mann und stellen ihn vor Gericht. Der Richter verurteilt ihn und schickt ihn lebenslang ins Gefängnis. Begründung: Es kann nur dieser Mann gewesen sein, denn schließlich weiß man ja aufgrund früherer Verurteilungen, dass er zu so etwas fähig ist. Sie halten das für absurd?

Stellen Sie sich weiter vor, Sie wären ein Außerirdischer, der unser Sonnensystem besucht. In Ihrer fliegenden Untertasse umkreisen Sie den Planeten Erde und beobachten durch Ihr Fernrohr aufmerksam, was sich auf der Oberfläche tut. Sie entdecken ein kompliziertes Netzwerk von asphaltierten Linien, auf denen sich Millionen und Abermillionen von Partikeln auf vier Rädern mehr oder weniger gleichmäßig in zwei gegensätzlichen Richtungen bewegen. Sie sind fasziniert, denn so etwas gibt es auf Ihrem Heimatplaneten nicht. Diese Partikelströme auf den asphaltierten Straßen sind für Sie der Inbegriff des Lebens auf dem Planeten, den Sie beobachten. Doch immer wieder entdecken Sie auch Stockungen des Energieflusses und Sie schauen genauer hin. Nach einer Weile bemerken Sie in den meisten Fällen an der Spitze der jeweiligen Staus ein vierrädriges Partikel mit rotierendem Blaulicht. Sie denken nach und kommen schließlich zu dem Schluss, dass die Staus eine Krankheit des Planeten und die Blaulichtpartikel die Ursache der Krankheit darstellen müssen. Da Sie zu den guten Außerirdischen gehören, wollen Sie natürlich dem Planeten helfen und deshalb blasen Sie ab sofort jedes Blaulichtpartikel, das Sie mit Hilfe Ihres Fernrohrs finden, mit Ihrer Laserkanone in die Luft. Sie halten auch das für absurd?

Stellen Sie sich drittens vor, Sie haben starken Husten, Schnupfen und hohes Fieber und es wird und wird nicht besser. Schließlich gehen Sie zum Arzt Ihres Vertrauens. Dieser entnimmt Ihnen Blut und schickt die Probe mit dem Auftrag, es auf das Schweinegrippevirus hin zu überprüfen, an ein Labor. Das Labor gibt ein positives Ergebnis zurück und der Arzt ordnet sofort eine Tamiflu-Therapie an und lässt Sie per Kran-

kenwagen in die Quarantänestation des örtlichen Krankenhauses bringen. Sie halten das Beispiel diesmal nicht für absurd?

Die Vorgehensweise des Arztes ist genauso absurd wie die der Polizei im ersten und die des Außerirdischen im zweiten Beispiel. Davon, wie ich zu dieser Überzeugung gekommen bin, handelt dieses Buch.

Das Problem fängt bereits damit an, dass es aus Sicht der Schulmedizin im Grunde Hunderte, wenn nicht gar Tausende von verschiedenen Bakterien und Viren gibt, die solche Atemwegserkrankungen auslösen können. Eigentlich müsste ein Arzt *sämtliche* Erregertypen durchtesten lassen, um sicher zu gehen, dass er keine der möglichen Ursachen übersehen hat. Doch was, falls vom Labor tatsächlich *mehrere* Erreger nachgewiesen werden? Dann müsste man – als Schulmediziner – all diese Erreger gleichzeitig mit den jeweiligen antibakteriellen oder antiviralen Medikamenten bekämpfen.

Um dieses Dilemma zu vermeiden, lassen die meisten Ärzte die Patientenproben auch nur auf die „Hauptverdächtigen“ hin testen. Sobald *ein* Test positiv anschlägt, beendet er die Suche nach dem Schuldigen. Warum? Wie kann er sicher sein, dass der Erreger auf den er getippt hat, die Krankheitsursache ist, wenn er gar nicht nach den anderen möglichen Erregern hat suchen lassen? Er geht tatsächlich nach dem Motto *„was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“* vor.

Vielleicht reicht Ihnen als Patient ja diese voreilige Diagnose – Sie können nun Ihrem Arbeitgeber einen gelben Zettel vorlegen und mit einer Schachtel bunter Pillen nach Hause gehen.

Doch wenn Ihnen Ihre nachhaltige Gesundheit wirklich am Herzen liegt, sind Sie mit einem schnellen Diagnosestempel dieser Art sicherlich nicht so einfach zufrieden zu stellen. Denn in Wahrheit ist die Sache komplizierter. Krankheitssymptome können auch ganz andere Ursachen haben, auf die wir bei der Besprechung der einzelnen – angeblichen – Epidemien und Pandemien noch eingehen werden.

In 11 Schritten von der Virushypothese zum Virusbeweis

Wie Schulmediziner immer wieder selbst einräumen, ist die Aussagekraft von Labortests bezüglich einer spezifischen Infektion und/oder Immunität aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht zu genießen. Dennoch basieren Infektions-Diagnosen fast ausschließlich auf genau diesen Tests. Fällt ein Testergebnis „positiv“ aus, wird in der Regel keine weitere Untersuchung der Krankheitsursachen vorgenommen. Aber ist dieser blinde Glaube an die Labortests wirklich angebracht? Oder anders gefragt: Wie können wir überhaupt wissen, dass ein positiver Labortest etwas mit einem krankheitsverursachenden spezifischen Virus zu tun hat? Lesen Sie nachfolgend, welche 11 Schritte meiner Ansicht nach zu einem eindeutigen Virusbeweis führen.

1. Schritt: Feststellung eines neuen, bisher unbekanntes Symptombildes

Nehmen wir einmal an, eine neue, bisher unbekannte Krankheit bewirkt, dass die Ohrläppchen zuerst anschwellen, dann blau anlaufen und der Erkrankte schließlich sein Gehör verliert. Also völlig neue Symptome, die es wahrscheinlich bisher so nicht gab und die möglicherweise eine völlig neue Form der Behandlung notwendig machen. Nehmen wir weiter an, diese „*Blauohrenkrankheit*“ (BOK) kommt nicht etwa vereinzelt vor, sondern erfasst regelmäßig ganze Stadteile oder Schulen oder Mitarbeiter einer Firma – käme also in Wellen und gehäuft und auch bei Personen vor, die Kontakt untereinander hatten.

Würde es sich um ein bereits bekanntes Symptombild handeln, bestünde im Grunde kein Anlass, nach neuen Ursachen zu suchen. Nur dann, wenn die bekannten Ursachen sorgfältig – und erfolglos – abgeklopft wurden, kann man die Möglichkeit in Erwägung ziehen, dass es sich um eine völlig neue, bisher unbekannte Krankheitsursache handelt.

2. Schritt: Sorgfältige Anamnese

Doch wir gehen in unserem Beispiel davon aus, dass die Symptome bisher unbekannt waren. Als erstes wäre nun zu prüfen, welche individuellen Faktoren die Krankheit (mit-)verursacht haben könnten und ob gemeinsame Faktoren bei allen betroffenen Personen vorliegen. Haben sie z. B. das gleiche Wasser getrunken, das gleiche Obst gegessen, im gleichen Laden eingekauft, die gleiche Zahnpasta verwendet, von der Dosen-Delikatesse eines bestimmten Herstellers gekostet, haben sie ihre Türen mit den gleichen Holzschutzmitteln angestrichen, gehen sie zum gleichen Friseur, haben sie das gleiche Handy oder DECT-Telefon, sind nur Frauen oder nur Männer betroffen oder nur eine bestimmte Altersgruppe oder nur eine bestimmte Volksgruppe, usw..

Sowohl psychosomatische als auch toxische (giftige) oder sonstige krankheitsverursachende Faktoren sind sorgfältig abzuklären. Erst wenn die Suche nach naheliegenden Ursachen erfolglos war, wäre eine Erregersuche angesagt.

Denn würde zuerst nach Erregern gesucht, bestünde bei der allgegenwärtigen Viruspanikmache die Gefahr, dass andere wesentliche Faktoren einfach übersehen werden.

3. Schritt: Optische Identifizierung des Erregers:

Nehmen wir an, man habe den gesuchten gemeinsamen Faktor durch eine sorgfältige Anamnese nicht gefunden. Da ein Teil der jeweils Erkrankten Kontakt miteinander hatte, tippt man nun auf einen bisher unbekannt oder einen bereits bekannten, jedoch frisch mutierten Erreger.

Da selbst ein völlig gesunder Mensch mehr Bakterien und Viren in sich trägt, als er über eigene Körperzellen verfügt, ist es ein wenig wie die Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Man könnte jetzt unter Mikroskop und Elektronenmikroskop nach Mikroorganismen suchen, die man noch nicht kennt. Doch so viele verschiedene Formen gibt es gar nicht. Eine Vielzahl von Bakterien und Viren unterscheiden sich morphologisch, also von der Gestalt her, nicht voneinander.

Doch nehmen wir mal an, der neue Erreger mache es uns einfach und hätte eine völlig neue Form, nämlich die eines Zahnrades, und man findet dieses Zahnrad regelmäßig in Proben von BOK-Fällen unter dem Mikroskop.

4. Schritt: Hochoaufreinigung

Der vierte Schritt wäre nun die Hochoaufreinigung dieses bisher unbekanntes Virus. Manche Leute nennen den Vorgang auch „*Virusisolierung*“. Doch die Wortbedeutung ist nicht eindeutig und oft wird bereits die optische Identifizierung eines Mikroorganismus unter dem Mikroskop so genannt. Bleiben wir also zur klaren Unterscheidung bei „*Hochoaufreinigung*“.

Mit verschiedenen Methoden, z. B. Filterung und Ultrazentrifugierung wird das neue Virus nun Schritt für Schritt von allen anderen Partikeln getrennt, bis schließlich nur noch das Virus und nichts als das Virus im Reagenzglas übrig bleibt. Diese Aufreinigung, Isolierung von allem, was nicht Virus ist, muss abschließend durch ein elektronenmikroskopisches Foto, auf dem – dichtgepackt – nur das Zahnradvirus und sonst nichts zu sehen ist, dokumentiert werden.

Wichtig: Ist die Trennung von allen virusfremden Partikeln nicht sauber gelungen, kann dies die Ergebnisse der nachfolgenden Schritte völlig verfälschen!

5. Schritt: Bestimmung der biochemischen Eigenschaften

Da man jetzt das verdächtige Virus in Reinkultur vor sich hat, kann man an die Bestimmung seiner Eigenschaften gehen: Woraus genau besteht die Hülle, aus welchen Proteinen bestehen die „Zacken“ auf der Hülle und welches Erbgut befindet sich innerhalb der Hülle? Durch den aufgereinigten Zustand kann man sich sicher sein, dass alles, was man in der Probe findet, wirklich nur von diesem spezifischen Virus stammen kann und von nichts anderem. Noch einmal: Jede kleinste Verunreinigung der Probe kann dazu führen, dass man dem Virus falsche Eigenschaften zuspricht!

6. Schritt: Identifizierung eindeutiger Merkmale

Hat man die biochemische Zusammensetzung des hochaufgereinigten Virus eindeutig bestimmt, sucht man sich Hüllenbestandteile oder Gensequenzen, die für dieses neue Virus typisch sind und gleichzeitig in anderen Bakterien, Viren oder menschlichen Zellen nicht vorkommen. Das ist gar nicht so einfach, denn ein Teil des menschlichen Genoms (etwa 8 Prozent) ist mit dem viralen Genom identisch, und auch bei der Produktion seiner Hüllenzacken greift das Virus auf die Ressourcen einer menschlichen Zelle zurück – schließlich vermehrt es sich ausschließlich innerhalb solcher Zellen!

7. Schritt: Eichung von Labortests

Nehmen wir einmal an, es wäre uns gelungen, solche eindeutigen Merkmale zu identifizieren. Nun können wir daran gehen, Antikörper- und PCR-Tests so anzupassen, dass sie ausschließlich auf diese eindeutigen Merkmale reagieren. Gelingt uns das, haben wir von nun an ein zuverlässiges Messgerät für die Anwesenheit dieses speziellen Virus. Wichtig: Die Aussagekraft dieser Labortests hängt definitiv davon ab, dass Schritt 4, 5 und 6 korrekt vollzogen wurden!

8. Schritt: Erfüllung des ersten Koch'schen Postulats

Das erste Koch'schen Postulat verlangt nun, dass der Erreger nur in Kranken, niemals aber in Gesunden gefunden wird. Ist dies der Fall, besteht immerhin ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Virus. Ob es auch ein *ursächlicher* Zusammenhang ist, oder ob beide nur die *gemeinsame Folge* einer anderen Ursache sind, ist damit aber noch nicht geklärt. Findet man das neue Virus jedoch auch in vielen Gesunden und/oder in vielen Blauohrenerkrankten nicht, dann ist der ursächliche Zusammenhang nicht eindeutig und wir wären wieder bei Schritt 2.

9. Schritt: Erfüllung des zweiten Koch'schen Postulats

Das zweite Postulat verlangt, dass ein Krankheitserreger sich vermehren können muss. Da dies innerhalb des menschlichen Körpers nicht so einfach nachvollzogen werden kann, nimmt man ersatzweise eine Zellkultur in der Petrischale und experimentiert so lange, bis diese Zellen das Virus fleißig reproduzieren. Natürlich muss das Endprodukt mit dem Ausgangsprodukt nachweislich hundertprozentig übereinstimmen, was immer wieder zu überprüfen wäre.

10. Schritt: Erfüllung des dritten Koch'schen Postulats

Das dritte Postulat nach Robert Koch verlangt, dass der Erreger, wenn man ihn – natürlich möglichst auf dem Wege des vermuteten natürlichen Übertragungsweges – in einen nachweislich gesunden Organismus einbringt, dort genau die gleiche Blauohrenkrankheit auslösen muss wie in den Patienten, aus denen wir die Viren ursprünglich entnommen haben. Gelingt dies nicht, wären wir wieder bei Schritt 2 und müssten die Untersuchungen von vorne beginnen. Möglicherweise handelt es sich dann um ein sogenanntes „*endogenes Virus*“, das Körperzellen von sich aus

produzieren, z. B. als Folge eines auf den Organismus einwirkenden Stresses.

Ein wesentliches Element dieses 10. Schrittes ist der Einsatz von Kontrollgruppen, die genau gleich behandelt werden, aber ganz andere, als harmlos bekannte, Mikroorganismen enthalten. Auch die Testsubstanzen müssen bis auf die Mikrobe identisch zusammengesetzt sein.

Dabei darf den Forschern, die die Versuche durchführen, nicht bekannt sein, welche Versuchsperson bzw. welches Versuchstier zu der eigentlichen Testgruppe oder aber zur Kontrollgruppe gehört.

Nur auf diesem Wege ist es möglich, eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung des Ergebnisses zu verhindern. Das Weglassen einer Kontrollgruppe ist einer der deutlichsten Hinweise auf eine mögliche Manipulation des Ergebnisses durch die Studien-Verantwortlichen.

11. Schritt: Dokumentation & Bestätigungen

Darüber hinaus muss natürlich die Erfüllung jedes einzelnen Schrittes öffentlich so dokumentiert sein, dass andere Forscher die jeweiligen Experimente und Schritte genauestens nachvollziehen können. Erst dann, wenn die Versuche jederzeit von anderen (möglichst unabhängigen) Wissenschaftlern nachvollzogen werden können, wird aus der Virushypothese ein Virusbeweis. Erst dann macht es überhaupt Sinn, antivirale Medikamente oder gar Impfstoffe zu entwickeln.

Sind die 10 Schritte jedoch nicht von anderen Forschern nachvollziehbar, muss wieder von vorn – bzw. bei Schritt 2 – begonnen werden.

Zu beachten ist, dass das Elektronenmikroskop erst 1939 zur Verfügung stand und von den ersten wissenschaftlichen Instituten bei Siemens in Berlin bestellt werden konnte. Dies bedeutet, dass eine optische Bestätigung der Existenz von Viren mit der experimentellen Vorversion des Elektronenmikroskops frühestens ab etwa 1935 möglich war. Bitte beachten Sie, dass zahlreiche angebliche „Virenbeweise“ aus den Jahrzehnten davor stammen (Poliovirus: 1908, Masernvirus: 1911).

Soweit die 11 Schritte zum Beweis eines pathogenen, also krankmachenden Virus. Um diese Schritte nachvollziehen zu können, müssen Sie kein Virologe oder Experte sein. Es reicht der Einsatz Ihres gesunden Menschenverstandes und der Gesetze der Logik.

Spannend wird es nun, wie die Virenbeweise in den Beispielen, die Sie in den nachfolgenden Kapiteln finden, tatsächlich erbracht wurden.

EHEC

Anfang Mai 2011 kam es in Deutschland zu einem überraschend starken Temperaturanstieg, der bei vielen besonders sensiblen Menschen zu Kreislaufproblemen bis hin zu schweren Brechdurchfällen und Klinikaufenthalten führte. Statt den Organismus der Patienten in seinen Heilungsbemühungen sanft zu unterstützen, erhielten sie symptomunterdrückende Medikamente, die ihrerseits in vielen Fällen zu weiteren Komplikationen führen. Da war nur noch ein ganz besonders eifriger Arzt mit der Neigung zu bestimmten Diagnosen notwendig, um eine vermeintliche „EHEC-Epidemie“ mit mehrwöchiger öffentlicher Panikmache auszulösen.

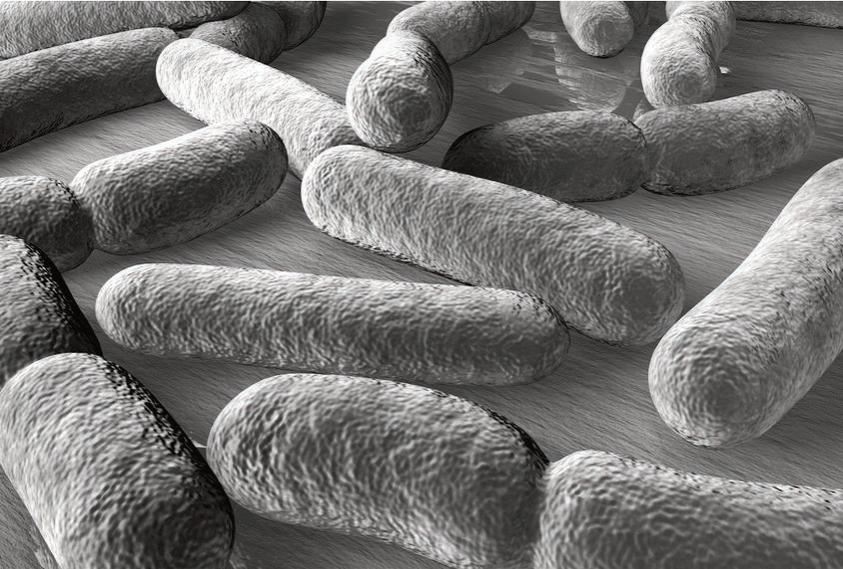
Vom nützlichen Darmbakterium zum Killerkeim

Escherichia coli (E. coli) sind stäbchenförmige Bakterien, die vorzugsweise im Darm des Menschen und vieler Haustiere vorkommen. Sie gehören, so ist in der Fachliteratur nachzulesen, zu den am besten erforschten Mikroorganismen überhaupt: Die medizinische Datenbank PubMed listet 283.000 Publikationen im Zusammenhang mit E. coli auf. Diese Liste beginnt in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts mit insgesamt 38 Publikationen und steigerte sich im Zeitraum von 2001 bis 2010 auf fast 100.000 Publikationen!

E. coli sind natürliche Darmbakterien, die unter normalen Umständen mit ihren Wirtsorganismen, wie z. B. den Menschen, in Symbiose leben. Das heißt, dass ein Geben und Nehmen zu beidseitigem Nutzen besteht. So verhindern sie die Ansiedlung schädlicher Bakterien, produzieren Vitamin K und lebenswichtige Enzyme, stimulieren das Immunsystem und werden im Rahmen der Probiotik bzw. EM („Effektive Mikroorganismen“) sogar zu medizinischen Zwecken eingesetzt.

Da E. Coli ein natürlicher Bewohner unseres Darmes ist, wird seine Anwesenheit außerhalb dieser Umgebung z. B. in der Lebensmittelindustrie als Nachweis für eine fäkale Verunreinigung angesehen.

Doch darüber hinaus geriet das Bakterium nun plötzlich als Ursache des sogenannten *Hämorrhagischen Urämischen Syndroms (HUS)* und fast 40 Todesfällen (Stand 24. Juni 2011) ins öffentliche Bewusstsein. Die



Nach Ansicht der Experten kann das nützliche Darmbakterium Escherichia coli jederzeit und unberechenbar zu einem Killerkeim namens EHEC mutieren. Dabei müssten sie es eigentlich besser wissen: Die EHEC zugeschriebenen Symptome sind in der Regel die Folge eines aus dem Gleichgewicht gebrachten Darms. Hauptursache nach mehreren Tagen Klinikaufenthalt: Antibiotika und andere Medikamente.

Überschriften der Boulevard-Presse sprachen sogar vom „Killerkeim“. Der fast unglaubliche Ratschlag der Gesundheitsbehörden: „*Meiden Sie rohes Gemüse.*“

Die ersten Tage der „Epidemie“

Am Donnerstag, den 19. Mai 2011, stellte ein Arzt des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) eine Zunahme von schweren Brechdurchfällen mit EHEC-Laborbefund fest. EHEC ist die Abkürzung für „*Enterohämorrhagische E. coli*“, was so viel bedeutet wie „*Darmblutungen auslösende E. coli*“.

Das UKE meldete die EHEC-Fälle noch am gleichen Tag an die Gesundheitsbehörden weiter. Das Robert-Koch-Institut (RKI), die deutsche Seuchenbehörde, schickte schon am nächsten Morgen vier Mitarbeiter nach Hamburg, um die EHEC-Patienten, soweit sie ansprechbar waren,

anhand eines speziellen Fragebogens „*peinlichst genau nach ihrem Lebensmittelkonsum der letzten 10 Tage zu befragen*“ (SPIEGEL).

Am gleichen Tag gab es die ersten zwei DPA-Pressemeldungen über diesen vermeintlichen EHEC-Ausbruch. Demnach wußte die Hamburger Gesundheitsbehörde von 12 Fällen aus unterschiedlichen Altersgruppen und Stadtbezirken zu berichten. Ein Zusammenhang der Fälle war nicht erkennbar – und das ist bis heute so geblieben. In der zweiten DPA-Meldung rief das niedersächsische Gesundheitsministerium dazu auf, sich bei blutigen Durchfällen sofort in ärztliche Behandlung zu begeben. Der Grund: Bereits vier Erkrankte aus dem Kreis Lüneburg und eine junge Frau aus dem Kreis Harburg würden mit dem Tode ringen.

Am Samstag, den 21. Mai, waren es laut DPA in Hamburg 13, in Schleswig-Holstein 20 und in Niedersachsen 12 Betroffene. Die Patienten seien zwischen 11 und 73 Jahre alt. Man gehe davon aus, dass es eine gemeinsame Infektionsquelle gebe, man habe sie jedoch noch nicht gefunden.

Am Sonntag veröffentlichte DPA ein Interview mit dem Infektionsepidemiologen Gérard Krause vom RKI. Er warnte vor dem Verzehr von rohem Gemüse – ein Ergebnis der Patientenbefragungen. Der DPA-Journalist fragte ihn, warum er denn bei einigen Dutzend Patienten schon besorgt sei, wenn es doch jährlich etwa tausend EHEC-Fälle in Deutschland gäbe. Man habe in diesem Fall, so die Antwort Krauses, ungewöhnlich viele schwere Verläufe in kurzer Zeit und eine ungewöhnliche Verteilung des Alters und der Geschlechter.

Als Hauptverdächtige galten nach Auswertung der Fragebogenaktion Blattsalate, Tomaten und Gurken. Schließlich schlugen die Labortests auch bei Gurken an, die aus Spanien importiert worden waren und am 26. Mai verkündete die Hamburger Gesundheitssenatorin, diese seien wahrscheinlich die Infektionsquelle. Die Exporte der spanischen Erzeuger brachen daraufhin sofort ein. Zu Unrecht, wie sich einige Tage später herausstellte – die spanischen Gurken waren es doch nicht gewesen und die betroffenen Betriebe drohten mit Schadensersatzklagen.

Danach gerieten vorübergehend Sprossen unter Verdacht, ein Bio-Betrieb in Norddeutschland musste seine Tore schließen. Laut dem niedersächsischen Landwirtschaftsminister Gert Lindemann hatte der Eigentümer des Hofes jedoch gar nichts falsch gemacht und müsste deshalb auch nicht mit juristischen Konsequenzen rechnen (SZ, 11.6.2011).

Zahlreiche Widersprüche geben Rätsel auf

Die „Epidemie“ verschwand genauso schnell, wie sie gekommen war – und von ganz allein

Bemerkt wurde die Häufung von EHEC-Fällen erstmals am 19. Mai. Die ersten Pressemeldungen und Warnungen gingen am Freitag, den 20. Mai, an die Medien. Obwohl nun die ganze medizinische und öffentliche Aufmerksamkeit auf Brechdurchfälle, blutigen Stuhl und EHEC konzentriert war, nahm die Anzahl der EHEC-Diagnosen erstaunlicherweise nur noch am darauffolgenden Wochenende zu. Der absolute Höhepunkt war am Sonntag, den 22. Mai, mit etwa 190 Neuerkrankungen erreicht.

Ab Montag, den 23. Mai, fiel die Zahl der Neuerkrankungen genauso rapide wieder, wie sie vorher angestiegen war, wie die RKI-Grafik auf Seite 24 zeigt.

Trotz einer Meldeverzögerung von mehreren Tagen hätte das RKI als verantwortliche Bundesbehörde also spätestens Ende Mai diesen deutlichen Rückgang bemerken – und öffentlich Entwarnung geben – müssen. Statt dessen ging die öffentliche Panikmache und Suche nach dem vermeintlichen Bakterien-Bösewicht noch wochenlang weiter.

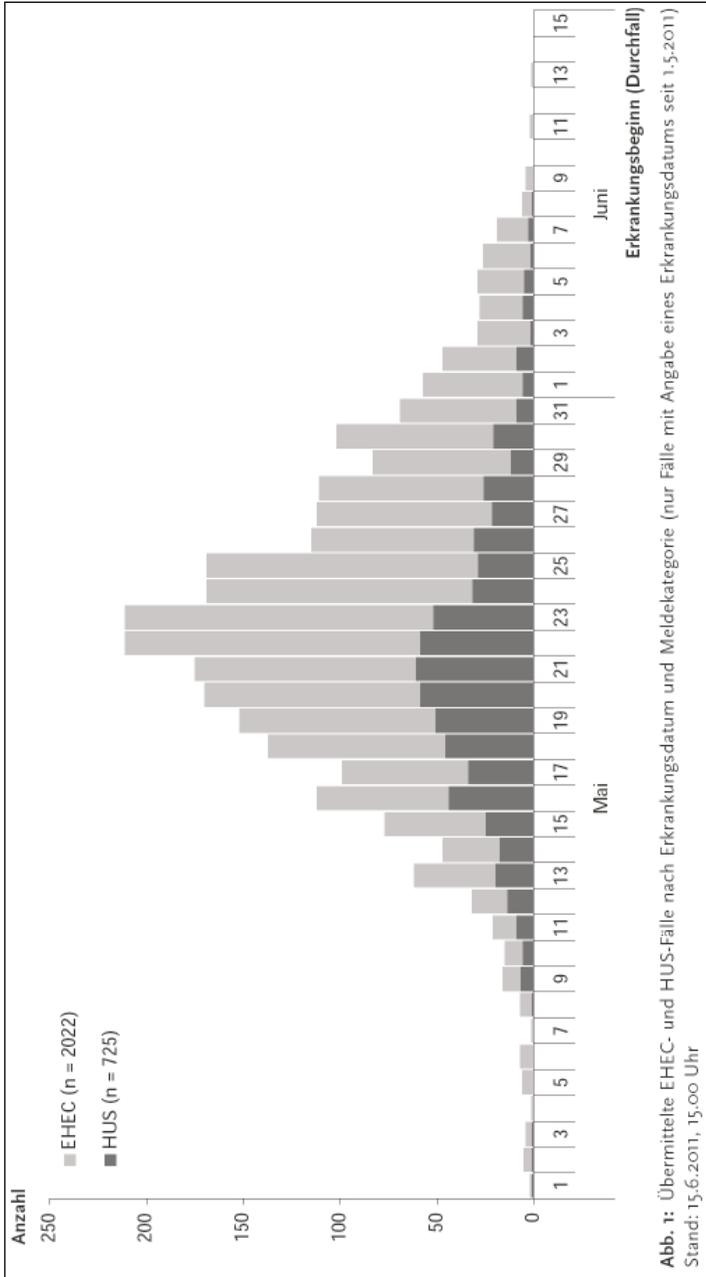
Übertragungswege & Infektionsquellen meistens unbekannt

Bis heute rätseln die Experten der Institute und Behörden darüber, wo die wahre Infektionsquelle liegt und über welche Wege sie den Weg zu den Patienten gefunden haben.

Ständig gab es neue Erkenntnisse, die jedoch im Grunde mehr verwirrten, als für Klarheit zu sorgen. So berichtete das Hamburger Abendblatt am 16. Juni, nicht das EHEC-Bakterium, sondern ein verwandter Erreger mit der Bezeichnung EAEC sei in Wahrheit der Übeltäter. Dies hätten Wissenschaftler aus Göttingen festgestellt.

Auch in einem hessischen Bach im Norden von Frankfurt wurden EHEC-Erreger gefunden, nahegelegenen Höfen wurde daraufhin verboten, den Bach zur Bewässerung ihrer Äcker zu nutzen. Der Erreger könnte, so hieß es in der DPA-Meldung vom 19. Juni, aus einer Kläranlage mit Abwässern von Toiletten stammen, die von EHEC-Infizierten benutzt worden waren.

Im Raum Kassel sei einer Pressemeldung zufolge erstmals eine Übertragung von einem Menschen auf Lebensmittel nachgewiesen worden. Nachdem 20 von 65 Gästen einer Familienfeier krank geworden waren, stellte man auf den Lebensmitteln den Keim fest – und auch in der Frau,



Wie diese offizielle Grafik des Robert-Koch-Instituts (RKI) zeigt, war der Höhepunkt der angeblichen Epidemie bereits am 22. Mai erreicht, also nur drei Tage, nachdem Ärzte des Hamburger Universitätsklinikums die Erkrankungshäufung festgestellt hatten. Danach ging die Zahl der täglichen Neuerkrankungen – trotz erhöhter Aufmerksamkeit auf die EHEC-Diagnose – genauso schnell wieder zurück, wie sie angestiegen war. Quelle: EpiBull 24/2011, S. 216.

die sie zubereitet hatte. Wie man allerdings die Richtung der Infektion – Frau auf Gurke statt Gurke auf Frau – festgestellt hatte, verriet die Meldung nicht.

Dass die Übertragungswege und Infektionsquellen der EHEC-Ausbrüche trotz aller Bemühungen nicht auszumachen waren, war für die zuständigen Behörden nichts Neues. In einer Studie, die vom RKI bereits im Jahr 2004 durchgeführt wurde, heißt es:

„Mehr als 90 % der an das RKI übermittelten EHEC-Erkrankungen erscheinen sporadisch, d. h. ohne erkennbaren epidemiologischen Zusammenhang zu anderen Erkrankungen. Die Infektionsquelle bleibt häufig trotz intensiver Ermittlungen der zuständigen Behörden unerkannt.“ (EpiBull 50/2004, S. 433)

Angesichts dieser Erfahrungswerte ist es um so unverständlicher, warum die Behörden immer nur das Eine suchen:

Die RKI-Fragebögen: Was man nicht sucht, kann man auch nicht finden

Im Grunde gibt es bis heute keinen Beweis dafür, dass die einzelnen Erkrankungen miteinander zusammenhängen und auf eine gemeinsame Infektionsquelle zurückzuführen sind. Es scheint jedoch, als könnten sich die Experten außer vermeintlich gefährlichen Erregern keine anderen Ursachen vorstellen.

Zumindest machen die Fragebögen, die von den RKI-Experten bei ihrer Untersuchung verwendet wurden, ganz diesen Eindruck. Andreas Diemer, Naturheilarzt aus Gaggenau im Badischen, und Referent beim Stuttgarter Impfsymposium von 2005, hatte sich diese Fragebögen angesehen und schrieb mir:

„Einige der Fragebögen des RKI habe ich mir durchgesehen. Wie zu erwarten, finden sich fast ausschließlich Fragen, die die Suche nach der Erregerquelle betreffen. Bekanntlich gehören aber zu einer Infektionskrankheit zwei Dinge: Erstens die Erreger und zweitens ein anfälliger Organismus. Die Infektanfälligkeit wird stark erhöht, wenn die Darmflora gestört ist. Und die Darmflora wird hauptsächlich durch vorausgegangene Antibiotikabehandlungen gestört. Lediglich in einem Fragebogen konnte ich eine Frage nach vorausgegangener Antibiotikatherapie finden, und dort auch nur auf die vergangenen drei Wochen begrenzt. Dabei können durchaus auch länger zurück liegende Antibiotikatherapien dafür verantwortlich sein, dass die Darmflora auch jetzt noch gestört und damit die Infektanfälligkeit erhöht ist. (...)"

Gab es in Ihrem Haushalt/Ihrem näheren **Umfeld** jemanden mit Durchfall in der Woche vor Beginn Ihres Durchfalls? (J/N) _____

Falls ja:

Wer war dies? _____

Welche weiteren Symptome lagen vor? _____

Wann hat der Durchfall begonnen? (Datum) _____

ACHTUNG!

- WENN IM NÄHEREN UMFELD EINE PERSON **AM SELBEN TAG ODER EINEN TAG**

VORHER ERKRANKT IST; WEITER!!

- WENN IM NÄHEREN UMFELD EINE PERSON IN DEN TAGEN DAVOR ERKRANKT IST;

INTERVIEW ABBRECHEN (SEKUNDÄRFALL)

2

Dieser Auszug aus dem RKI-Fragebogen, der beim EHEC-Ausbruch verwendet wurde, zeigt vielleicht am deutlichsten, dass nichtinfektiöse Ursachen für die Erkrankungen von den Behörden-Mitarbeitern von vornherein ausgeschlossen wurden. Quelle: www.rki.de

Die Heilpraktikerin und Buchautorin Gabriele Sielmann schlägt – wie auch andere Kommentare, die mir zu den Fragebögen vorliegen – in die gleiche Kerbe:

„Um das EHEC-Phänomen tatsächlich einschätzen zu können, müsste man eine flächendeckende Anamnese sämtlicher sog. „EHEC“-Fälle haben. (Anamnesen gibt es übrigens seit Hahnemann, dem „Erfinder“ der Homöopathie.) Dabei sind die interessanten Fragen: Wer von den Betroffenen hat vorher Antibiotika, Sulfonamide und Impfseren verabreicht bekommen? Ich vermute, sehr viele bis alle, weil ich von der Annahme ausgehe, dass durch die o. g. Therapien die normalen Bakterienpopulationen im Darm, die als Symbionten der Verdauung dienen, in ihrem Bestand teilweise zerstört wurden.“

Darüber hinaus konzentrieren sich die Fragen der Behörden augenscheinlich unverhältnismäßig auf Bioprodukte. Das muss irritieren, denn gerade naturbelassene Lebensmittel sind bekanntlich am gesündesten.

Eine mögliche Erklärung dafür mag sein, dass die Lobby der Bio-Erzeuger immer noch recht schwach ist und sich diese Branche somit als Sündenbock anbietet.

Am deutlichsten wird die Voreingenommenheit der Behörden vielleicht durch den zweiten Fragebogen (siehe Abb. auf Seite 26). Dort wird auf Seite zwei gefragt, ob im Umfeld des Befragten in der Woche vor Beginn des Durchfalls bereits jemand anderes Durchfall hatte. In diesem Fall sei, so die Anleitung, das Interview abubrechen, da es sich bei dem befragten Patienten nur um einen „Sekundärfall“ handle, d. h., um jemanden, der angesteckt wurde.

Durch den Abbruch des Interviews fallen jedoch mögliche nichtinfektiöse Ursachen für die Erkrankungen unter den Tisch. Und es sind eine ganze Reihe solcher Ursachen denkbar, sowohl individueller Natur als auch durch äußere Einflüsse bedingt. Dazu müssten die Experten jedoch die Möglichkeit, dass es eben *keinen* gemeinsamen Nenner (im Sinne einer gemeinsamen Infektionsquelle) für alle EHEC-Fälle gibt, in ihr Denkschema mit einbeziehen. Die Vorgehensweise der RKI-Experten kann nur als völlig unprofessionell bezeichnet werden.

Hat die Anzahl der Erkrankungen und Todesfälle überhaupt zugenommen?

Jährlich sterben in Deutschland etwa 800.000 Menschen. Treten wir einen Schritt von der EHEC-Diagnose zurück und fragen, wie viele von diesen täglich etwa 2.200 Todesfällen an schweren Brechdurchfällen bzw. an einer Darminfektion litten:

Laut Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes starben 2009 knapp 1.500 Menschen an Darminfektionen, laut Krankenhausstatistik sogar 3.300 Menschen. Im gleichen Zeitraum waren es drei erfasste Todesfälle mit EHEC-Diagnose. EHEC-Todesfälle machen also nur etwa ein Tausendstel aus. Alle Darminfektionen zusammengenommen verursachen im Durchschnitt etwa 10 Todesfälle täglich.

Laut Ärztezeitung vom 10. Dez. 2007 erkrankten in Deutschland jährlich etwa 500.000 Kinder allein an durch das Rotavirus verursachtem Brechdurchfall, im Tagesdurchschnitt sind das knapp 1.400 Erkrankungen. Dazu kommen z. B. Brechdurchfälle aufgrund des Norovirus: Allein 2004 waren es mindestens 40.000 Fälle, also im Tagesdurchschnitt über 100 Erkrankungen (FOCUS online, 28.12.2004). Im Jahr 2007 starben laut n-tv.de vom 7. Nov. 2007 etwa 50 Menschen aufgrund einer Norovirusinfektion. Die Krankenhausstatistik berichtet von 231.603 Patienten mit

infektiösen Darmerkrankungen allein im Jahr 2009. Darunter machen die 116 erfassten EHEC-Fälle nur einen verschwindenden Bruchteil aus.

Jährlich werden in Deutschland offiziellen Schätzungen zufolge durchschnittlich 1.000 EHEC-Erkrankungen registriert, darunter etwa 2 bis 3 Todesfälle. Im Rahmen der hier behandelten „Epidemie“ sind die Zahlen allerdings tatsächlich vergleichsweise hoch. So wurden bis zum 24. Juni ca. 3.500 Infektionen und knapp 40 Todesfälle gemeldet. Das sind täglich durchschnittlich etwa 10 Erkrankungen und ein Todesfall.

Die Frage ist nun, ob sich die EHEC-Epidemie auf die Gesamtzahl der schweren Darmerkrankungen und Todesfälle spürbar ausgewirkt hat. Ob es also insgesamt mehr Erkrankte gab als vorher.

Das ist jedoch angesichts der genannten statistischen Dimensionen kaum feststellbar. Anders gesagt: Die derzeitige Epidemie hat bei diesen Größenordnungen keinen erkennbaren Einfluss auf die Gesamtzahl der Erkrankungen mit dem gleichen Symptomspektrum. Der EHEC-Ausbruch hat also zu keinem nachweisbaren Anstieg bei den Darminfekten geführt. Warum dann aber die ganze Aufregung?

Todesursache Krankenhaus

Erkrankten mit EHEC- bzw. HUS-Symptomen wird von den Behörden eindringlich geraten, unverzüglich eine Klinik aufzusuchen. Doch das ist gar nicht ungefährlich:

Kunstfehler im Zusammenhang mit Darmerkrankungen stellen in Deutschland keine Einzelfälle dar. Expertenschätzungen zufolge gibt es bei uns insgesamt jährlich etwa 130.000 Behandlungsfehler mit Folgeschäden, darunter etwa 17.000 Todesfälle. Das sind im Durchschnitt täglich 47 Todesfälle. Zum Vergleich: 2007 kamen im deutschen Straßenverkehr knapp 5.000 Menschen durch Unfälle ums Leben (14 im Tagesdurchschnitt).

Laut „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ liegt die Fehlerrate in deutschen Kliniken bei bis zu vier Prozent. Das wären insgesamt bis zu 680.000 betroffene Patienten jährlich, andere Schätzungen gehen sogar von bis zu 800.000 Fällen aus.

Kunstfehler sind auch heute in der Ärzteschaft immer noch ein Tabu-Thema. 17 Ärzte und Pfleger, die sich 2008 öffentlich zu Kunstfehlern bekannten, riefen einen regelrechten Aufruhr unter Medizinern und in den Medien hervor.

Doch das ist noch lange nicht alles, was uns im Krankenhaus erwarten kann. Jährlich holen sich 500.000 Patienten in deutschen Kranken-

Krankenhausstatistik 2009

Erkrankungen aufgrund von Darminfektionen

Code (ICD-10)	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl
A009	Cholera, nicht näher bezeichnet	1
A010	Typhus abdominalis	158
A011	Paratyphus A	17
A012	Paratyphus B	39
A014	Paratyphus, nicht näher bezeichnet	14
A020	Salmonellenenteritis	8 058
A021	Salmonellensepsis	431
A022	Lokalisierte Salmonelleninfektionen	52
A028	Sonstige näher bezeichnete Salmonelleninfektionen	93
A029	Salmonelleninfektion, nicht näher bezeichnet	170
A030	Shigellose durch Shigella dysenteriae	2
A031	Shigellose durch Shigella flexneri	27
A032	Shigellose durch Shigella boydii	2
A033	Shigellose durch Shigella sonnei	34
A038	Sonstige Shigellosen	4
A039	Shigellose, nicht näher bezeichnet	13
A040	Darminfektion durch enteropathogene Escherichia coli	311
A041	Darminfektion durch enterotoxinbildende Escherichia coli	39

Code (ICD-10)	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl
A042	Darminfektion durch enteroinvasive Escherichia coli	8
A043	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli	116
A044	Sonstige Darminfektionen durch Escherichia coli	251
A045	Enteritis durch Campylobacter	8 115
A046	Enteritis durch Yersinia enterocolitica	853
A047	Enterokolitis durch Clostridium difficile	22 026
A048	Sonstige näher bezeichnete bakterielle Darminfektionen	907
A049	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	1 232
A050	Lebensmittelvergiftungen durch Staphylokokken	217
A051	Botulismus	16
A052	Lebensmittelvergiftungen durch Clostridium perfringens [Clostridium welchii]	21
A053	Lebensmittelvergiftung durch Vibrio parahaemolyticus	2
A054	Lebensmittelvergiftung durch Bacillus cereus	3
A058	Sonstige näher bezeichnete bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen	307
A059	Bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftung, nicht näher bezeichnet	824
A060	Akute Amöbenruhr	58
A061	Chronische intestinale Amöbiasis	5
A062	Nichtdysenterische Kolitis durch Amöben	1
A063	Amöbom des Darms	3
A064	Leberabszess durch Amöben	38
A067	Amöbiasis der Haut	1

Code (ICD-10)	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl
A068	Amöbeninfektion an sonstigen Lokalisationen	4
A069	Amöbiasis, nicht näher bezeichnet	1
A070	Balantidiose	1
A071	Giardiasis [Lambliasis]	280
A072	Kryptosporidiose	86
A073	Isosporose	8
A078	Sonstige näher bezeichnete Darmkrankheiten durch Protozoen	20
A079	Darmkrankheit durch Protozoen, nicht näher bezeichnet	7
A080	Enteritis durch Rotaviren	27 463
A081	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	26 080
A082	Enteritis durch Adenoviren	3 141
A083	Enteritis durch sonstige Viren	897
A084	Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet	8 140
A085	Sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	366
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	120 640
	Summe aller Darminfektionen	231 603

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011 „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten“
 Tabelle: *impf-report*. Druckfehler und Irrtum vorbehalten

Krankenhausstatistik 2009

Todesfälle aufgrund von Darminfektionen

Code (ICD-10-3)	Bezeichnung	Todesfälle
A01	Typhus abdominalis und Paratyphus	2
A02	Sonstige Salmonelleninfektionen	97
A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen (inclusive E. coli und EHEC)	1.601
A05	Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen	5
A06	Amöbiasis	2
A07	Sonstige Darmkrankheiten durch Protozoen	2
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	312
A09	Sonstige u. nicht näher bezeichnete Gastroenteritis u. Kolitis infektiösen Ursprungs	1.240
	Summe alle Darmerkrankungen	3.261

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011 „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten“
 Tabelle: impf-report, Druckfehler und Irrtum vorbehalten

Todesursachenstatistik 2009: Tod aufgrund von Darminfektionen

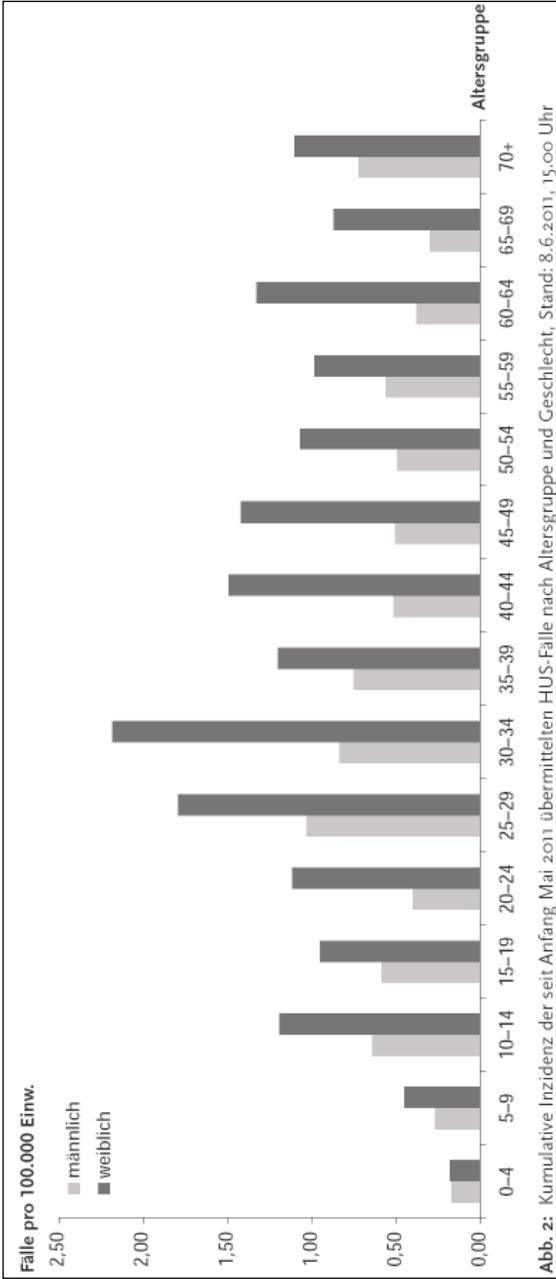
Code (ICD-10)	Todesursache	m	w	ges.
A010	Typhus abdominalis	.	1	1
A020	Salmonellenenteritis	12	19	31
A021	Salmonellensepsis	7	2	9
A022	Lokalisierte Salmonelleninfektionen	3	1	4
A029	Salmonelleninfektion, nicht näher bezeichnet	4	3	7
A043	Darminfektion durch enterohäemorrhag. Escherichia coli	2	1	3
A044	Sonstige Darminfektionen durch Escherichia coli	2	7	9
A045	Enteritis durch Campylobacter	1	6	7
A047	Enterokolitis durch Clostridium difficile	412	634	1.046
A048	Sonstige näher bezeichnete bakterielle Darminfektionen	26	58	84
A049	Bakterielle Darminfektion, nicht näher bezeichnet	43	101	144
A051	Botulismus	.	1	1
A052	Lebensmittelvergiftung durch Clostridium perfringens (C. welchii)	1	.	1
A058	Sonst. n.bez. bakteriell bed. Lebensmittelvergiftungen	7	3	10

Code (ICD-10)	Todesursache	m	w	ges.
A059	Bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftung, n.n.bez.	.	1	1
A069	Amöbiasis, nicht näher bezeichnet	3	1	4
A080	Enteritis durch Rotaviren	19	17	36
A081	Akute Gastroenteritis durch Norwalk-Agens (Noro- Virus)	82	145	227
A082	Enteritis durch Adenoviren	2	1	3
A083	Enteritis durch sonstige Viren	1	8	9
A084	Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet	8	19	27
A085	Sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	1	3	4
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	392	764	1.156
	Summe:	508	958	1.466
Quelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik (Auswertung der Totenscheine) Tabelle: impF-report. Druckfehler und Irrtum vorbehalten				

Die „EHEC-Epidemie“ im Vergleich mit einigen anderen Erkrankungs- und Sterbeursachen

Bezeichnung	Erkrankungen Anfang Mai bis 20. Juni 2011	Todesfälle Anfang Mai bis 20. Juni 2011	Jährliche Erkrankungen	Jährliche Todesfälle	Tägliche (Neu-) Erkrankungen (Durchschnitt)	Tägliche Todesfälle (Durchschnitt)
Brechdurchfall EHEC-Ausbruch Mai 2011	3.500	40			88	1,00
Brechdurchfall EHEC-Erkrankungen, Schätzung			1.000	2	3	0,01
Brechdurchfall Rotavirus bei Kindern, Schätzung			500.000	36	1.370	0,10
Alle Darminfektionen mit Krankenhausaufenthalt, 2009			231.603	3.261	634	8,93
Brechdurchfälle Norovirus, 2004			40.000	50	110	0,14
Medizinische Kunstfehler Schätzung			800.000	17.000	2.200	47,00
Krankenhauserkrankungen Schätzung			500.000	20.000	1.370	55,00
Straßenverkehr 2007				5.000		14,00

EHEC-Infektionen bei Männern und Frauen



Aus unbekanntem Grund erkrankten beim aktuellen EHEC-Ausbruch etwa doppelt so viele Frauen wie Männer. Damit fällt dieser Ausbruch völlig aus dem Rahmen. Quelle: EpiBull Nr. 23/2011, S. 209

häusern Infektionen, die sie vorher nicht hatten (auf einen der möglichen Gründe hierfür, nämlich Antibiotika, kommen wir noch zu sprechen). Das sind Tag für Tag etwa 1.370 Neuinfektionen. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) schätzt, dass rund 20.000 Menschen jedes Jahr in Deutschland an den Folgen einer Infektion mit Krankenhaus-Bakterien sterben. Das sind 55 Todesfälle täglich in Krankenhäusern, die sich vielleicht hätten vermeiden lassen, wenn die Patienten das Krankenhaus gemieden hätten (Wikipedia).

Die EHEC-Hysterie der Gesundheitsbehörden und der deutschen Medienlandschaft steht somit in keinem Verhältnis zu der tatsächlichen Gefahr, die das Bakterium angeblich darstellt. Dazu kommt folgender Aspekt:

Ungewöhnliche Geschlechterverteilung

Normalerweise, so das RKI, sind bei einem EHEC-Ausbruch die Geschlechter gleich stark betroffen. Das trifft auf den aktuellen Ausbruch merkwürdigerweise nicht zu. Das RKI schreibt dazu im EpiBull Nr. 23:

„Sowohl unter den übermittelten EHEC- als auch unter den HUS-Fällen war die Mehrzahl der Patienten 20 Jahre und älter (jeweils 88 %) und weiblich (EHEC: 60 %; HUS: 69 %). Im Vergleich dazu lag der jährliche Anteil Erwachsener bei zwischen 2006 und 2010 übermittelten HUS-Fällen lediglich zwischen 1,5 und 10 %; die Geschlechter waren in etwa gleich häufig betroffen. Abbildung 2 zeigt die altersgruppen- und geschlechterspezifische Inzidenz der seit Anfang Mai übermittelten HUS-Fälle. In allen Altersgruppen sind Frauen häufiger betroffen als Männer.“

Eine wirkliche Erklärung hat das RKI für dieses Phänomen nicht. Auch die Begründung eines RKI-Mitarbeiters, dies könne vielleicht daran liegen, dass Frauen häufiger Lebensmittel zubereiten als Männer, scheint mir ein Ausdruck der Hilflosigkeit der Experten zu sein. (HR-online.de vom 22. Mai 2011). Diese Geschlechter-Verteilung erinnert mich an den sogenannten Schweinegrippe-Ausbruch 2009 in Mexiko. Auch hier waren mehr Frauen als Männer betroffen und niemand konnte erklären, warum das so war.

Untypisches Alter

Normalerweise handelt es sich bei den meisten EHEC-Patienten um Kleinkinder unter vier Jahren. Der Ausbruch von 2011 betraf jedoch hauptsächlich Erwachsene, die meisten „im besten Alter“. Auch hier haben wir eine Parallele zum Schweinegrippe-Ausbruch von 2009. Infek-

tionskrankheiten betreffen üblicherweise in erster Linie die Schwachen, d. h. Hungernde, Entkräftete, Kinder und Senioren, und verhältnismäßig selten junge gesunde Erwachsene.

Auch der Schweinegrippe-Ausbruch von 1976 und die Spanische Grippe von 1918 betrafen vor allem junge Erwachsene. In beiden Fällen waren in den USA vor allem Soldaten in den Kasernen betroffen, in denen Zeitzeugen zufolge kurz vorher Massenimpfungen stattgefunden hatten. Für einen solchen Zusammenhang hatte ich bezüglich Mexiko (Schweinegrippe 2009) keine Bestätigung gefunden. Allerdings teilte mir ein mexikanischer Arzt damals per Email mit, dass unter der arbeitenden Bevölkerung aus Angst vor Arbeitsplatzverlust Antibiotika-Missbrauch weit verbreitet sei. Viele mexikanische Familien werden durch die (billigen) Arbeitsplätze der Mütter ernährt.

Dies könne ein weiterer Hinweis sein, dass die schweren EHEC-Erkrankungen zumindest teilweise etwas mit Medikamenten-Nebenwirkungen zu tun hatten.

Ein EHEC allein macht noch lange keine Krankheit

Aus Sicht der Schulmedizin gibt es – ähnlich wie beim Influenzavirus – zahlreiche Untertypen von *E. coli*, von denen einige eben die gefährlichen *Shiga-Toxine* bilden können. Nach Ansicht von Prof. Dr. Lothar Wieler, Leiter eines öffentlich geförderten Forschungsverbundes mit dem sinnigen Namen „FBI Zoo“ gibt es insgesamt wahrscheinlich Tausende von EHEC-Varianten, von denen bisher jedoch nur ein Bruchteil bekannt ist (SPIEGEL).

Doch laut dem vom RKI herausgegebenen Ärzte-Merkblatt zu EHEC führt nicht jede Infektion automatisch auch zur Krankheit: „*EHEC-Infektionen können klinisch inapparent verlaufen und somit unerkannt bleiben.*“

Da stellt sich die Frage, wie viel Prozent der deutschen Bevölkerung laut Labortest EHEC in sich tragen, ohne jemals davon krank zu werden. Dazu schweigt sich das RKI in seinen Publikationen jedoch aus: Dort, wo man sucht, wird man fündig – und man sucht eben fast ausschließlich bei Menschen, die entsprechende Symptome zeigen und nicht etwa bei Gesunden.

Wenn jedoch die Anwesenheit des EHEC-Bakteriums für sich alleine den Menschen nicht krank macht, dann wäre es auf jeden Fall eine der wichtigsten Aufgaben der Behörden, die Faktoren herauszuarbeiten, die zusätzlich entscheidend für eine Empfänglichkeit gegenüber schweren Darmerkrankungen sind.

Selbst der Nachweis der Toxine muss nicht bedeuten, dass der Patient Symptome zeigt, wie in den Beschreibungen der Labortests nachzulesen ist. Z. B. heißt es für einen Test namens *MutaFAST® VTEC stx1/2 real time PCR Kit* in der Produktbeschreibung wörtlich:

„Grenzen des Verfahrens: Die Diagnose einer Infektionskrankheit darf nicht allein auf der Basis des Ergebnisses einer Bestimmung gestellt werden. Die anamnestischen Daten sowie die Symptomatologie des Patienten müssen zusätzlich zu den molekularbiologischen Ergebnissen in Betracht gezogen werden.“

Ein positives Laborergebnis kann laut Hersteller des Tests also nur dann etwas über eine EHEC-Infektion aussagen, wenn die passenden Symptome vorliegen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass auch Gesunde auf Toxine positiv getestet werden können.

Somit gilt bezüglich der nachgewiesenen Bakteriengifte das Gleiche wie für den Nachweis des eigentlichen Bakteriums: Es müssen weitere Faktoren als Erkrankungsursache in Betracht gezogen werden. Eine eindeutige Zuordnung der Toxine zu bestimmten Unterarten des Bakteriums war bisher nicht möglich. Letztlich basieren die behaupteten Zusammenhänge zwischen Bakterium, Toxinen und der Krankheits-Symptomatik mehr auf Hypothesen und Vermutungen als auf einem echten Verständnis der komplexen biochemischen Abläufe. Wir werden das noch näher beleuchten.

Willkürliche Diagnose

Laut RKI-Merkblatt von 2011 gibt es keine verbindlichen Empfehlungen für Untersuchungsverfahren zur Erfassung von EHEC. Bisher war das Bakterium von seinem Oberflächenaufbau her für die bestehenden Testsysteme nicht wirklich greifbar: Ständig werden neue Proteine (Eiweiße) und Genbausteine entdeckt, die mit dem Bakterium in Verbindung zu stehen scheinen. Der gesunde Menschenverstand sagt dazu, dass dies zwei mögliche Interpretationen zulässt:

1. Es gibt gar kein „typisches“ EHEC-Bakterium, keines ist wie das andere bzw. es passt sich an die jeweiligen Umstände perfekt an
2. Das Bakterium mutiert ständig und unvorhersehbar

Die Mikrobiologen sprechen – ähnlich wie beim Influenzavirus – ausschließlich von Möglichkeit zwei, also von Mutationen. Eine Diskussion über die Möglichkeit Eins fand bis heute merkwürdigerweise weder in der Öffentlichkeit noch in der Fachliteratur statt.

Die Eichung der Labortests ist eine Frage, die Anfang der 80er Jahre erstmals von sogenannten „AIDS-Dissidenten“ aufgeworfen wurde. Und tatsächlich kocht mangels verbindlicher internationaler Standards jeder Hersteller von Antikörper- und PCR-Genests sein eigenes Süppchen.

Wie meine bisherigen Recherchen zu diesem Thema ergaben, werden diese Tests nicht etwa anhand von hochaufgereinigten spezifischen Erregern geeicht, sondern anhand von Proben, die von einer Patientengruppe mit einer bestimmten Diagnose stammen und die eine Vielzahl von unterschiedlichen Partikeln enthalten. Kann man in diesem „Partikel-Eintopf“ mehr oder weniger regelmäßig bestimmte Moleküle nachweisen, die in Gesunden nicht zu finden sind, interpretieren das die Mikrobiologen vorzugsweise als Hinweis auf spezifische Erreger. Doch das Vorhandensein dieser Eiweißmoleküle oder Genbruchstücke kann ebensogut als Teil des Symptoms interpretiert werden und sagt rein gar nichts über die Ursache der Krankheit aus!

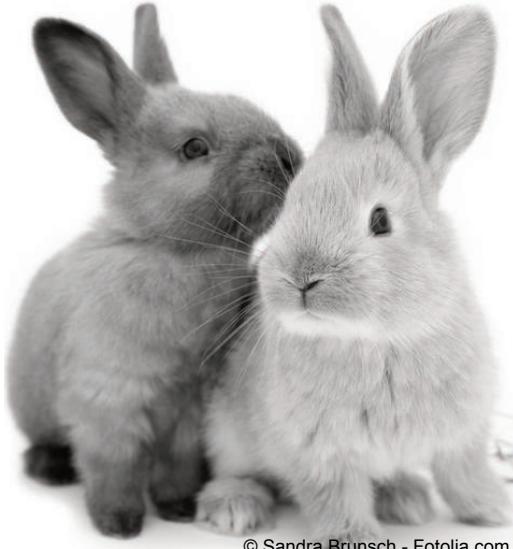
Schwere Darmerkrankungen können – nach offizieller Lesart – nicht nur von EHEC-Bakterien, sondern u. a. auch von Rota- oder Noroviren ausgelöst werden (siehe dazu die Tabellen ab Seite 29).

Die Diagnose ist oft eine reine Frage der Reihenfolge der Untersuchungen, und diese Reihenfolge hängt vom Ausgangsverdacht des Arztes ab. Dessen Ausgangsverdacht wird stark davon beeinflusst, welche Epidemien gerade durch die Fachpresse, Boulevardmedien oder Kantinegespräche geistern. Im Grunde müsste grundsätzlich nach jedem in Frage kommenden Erreger – und darüber hinaus nach anderen Ursachen – gesucht werden, denn die Anwesenheit eines bestimmten Erregers heißt auch aus schulmedizinischer Sicht noch lange nicht, dass er auch das Problem verursacht hat. Wenn z. B. ein Gesunder EHEC im Darm haben kann, ohne zu erkranken, so bedeutet dies ja im Umkehrschluss, dass ein Erkrankter mit positivem EHEC-Test trotzdem an etwas ganz anderem erkrankt sein kann.

Zweifelhafte Tierversuche & fragwürdige Hypothesen

Was genau macht unsere Behörden so sicher, dass ihre Infektionshypothese bei EHEC bzw. bestimmten Varianten des Darmbakteriums *E. coli* korrekt ist – und es sich nicht lohnt, nach nichtinfektiösen Ursachen zu suchen, sobald ein EHEC-Verdacht besteht?

Anfragen des Medizinjournalisten Torsten Engelbrecht (Autor des Bestsellers „Virus-Wahn“) an das RKI über die wissenschaftliche Grundlage ihrer Behauptung eines pathogenen Bakteriums wurden – wie ei-



© Sandra Brunsch - Fotolia.com

*Um zu beweisen, dass bestimmte Unterarten des Bakteriums *E. coli* krankmachende Eigenschaften aufwiesen, wurden z. B. Kaninchen diese Bakterien durch Einritzen in die Augenhornhaut eingebracht und die Entzündungsreaktionen ausgewertet. Von gelungenen natürlichen Ansteckungsversuchen (über Nase, Mund) wird in der Fachliteratur jedoch nicht berichtet.*

bar. Deshalb gehörte es immer schon zu den „Verdächtigen“ und wurde jahrzehntelang in die Ursachensuche bei Darmerkrankungen mit einbezogen.

Eine der Publikationen, die ich dazu gefunden habe, stammt aus dem Jahr 1947. Ein 7,5 Monate alter Junge wurde am 13. Nov. 1944 mit seit einer Woche andauernden Atembeschwerden, Fieber und Husten in das Kinderkrankenhaus von Cincinnati im US-Bundesstaat Ohio eingeliefert. Der Brechdurchfall begann erst acht Tage nach der Einlieferung. Über die Behandlung und Medikation dieser ersten Tage wird jedoch nichts berichtet.

Der Stuhl war flüssig und enthielt große Mengen Schleim, aber kein Blut. Die Atembeschwerden, das Fieber und der schwere Durchfall dauerten an und das Kind wurde drei Wochen lang fast ausschließlich intravenös ernährt. In Abstrichen des Nasenrachenraums konnten keine als

gentlich erwartet – mit dem Hinweis auf *die allgemeine Fachliteratur* beantwortet. Das zeigt, dass die Mitarbeiter der Behörde nur *glauben*, dass sie das Richtige tun, es aber nicht wirklich *wissen*. Sonst könnten sie die entscheidenden wissenschaftlichen Studien mit Leichtigkeit konkret benennen. Da nur ein paar wenige „exotische“ Impfgegner kritische Fragen dazu stellen, fällt dieses Unwissen jedoch nicht weiter auf.

Die Hypothese von den krankmachenden *E. coli*-Bakterien basiert im Wesentlichen auf Tierversuchen. Da das Bakterium zu den natürlichen Darmbewohnern gehört, ist es seit jeher auch im Stuhl von Erkrankten nachweisbar.

krankmachend bekannten Keime gefunden werden. Die Werte der weißen Blutkörperchen und die Urinwerte waren normal, der Tuberkulintest war negativ. Auch im Stuhl konnten keine bedenklichen Keime gefunden werden. Alles, was man fand, waren eben Bakterien der Sorte E. coli.

In insgesamt fünf Versuchen wurden Bakterien aus dem Stuhl des Patienten in die Augenhornhaut von Versuchskaninchen eingeritzt. Die Folge waren Bindehautentzündungen in allen fünf Fällen. Aus den entzündeten Kaninchenaugen konnte wiederum das Bakterium gewonnen und in Kultur vermehrt werden. Diese Bakterien wurden nun in die Augen von fünf weiteren Kaninchen hineingeritzt, wo sie ebenfalls Verletzungen verursachten. Nach vier Tagen kam es zu einer Regenbogenhautentzündung, gefolgt von einer schweren Bindehautentzündung. Diese schwere Reaktion dauerte mehrere Tage und ging dann langsam, unter Zurücklassung von Narben, zurück.

Der entscheidende Punkt aus Sicht der Autoren war nun, dass es bei ähnlichen Versuchen mit dem Filtrat des Stuhls des Patienten und mit E. coli und Bakterien, die aus anderen Quellen stammten, nicht zu dieser Augenentzündung gekommen war.

Daraus schlossen sie, dass es sich bei dem speziellen Bakterium aus diesem speziellen Patienten um eine spezielle krankmachende Variante handeln musste (PMID: 16561320).

Diese Schlussfolgerung ist ja durchaus nachvollziehbar, aber gleichzeitig doch auch ein wenig naiv, denn es gibt ja zahlreiche Einflussfaktoren, die, insbesondere bei einer nicht verblindeten Studie, das Ergebnis beeinflussen können: Welche Person hat bei welcher Kaninchengruppe wie tief in die Augenhornhaut geritzt? Welche Chemikalien wurden bei welchen Bakterienkulturen eingesetzt? Welche Reaktion welcher Stärke in den Augen der Versuchstiere wurden von welcher Person wie genau bewertet? Welche Versuche hat welche Kaninchengruppe möglicherweise schon vorher über sich ergehen lassen müssen?

Darüber hinaus hätte mit den als pathogen eingestufteten Bakterien ein Versuch unter Nachahmung des natürlichen Übertragungsweges, also über das Futter, gemacht werden müssen. Eine solche – unbedingt notwendige – Bestätigung liegt jedoch nicht vor.

In anderen Versuchen wurde mit Mäusen gearbeitet oder auch mit Ferkeln, wie bei dem Versuch von Smith und Halls aus dem Jahr 1967, der zahlreiche Nachahmer fand, z. B. im Jahre 1969 in Smith und Gyles:

Gerade entwöhnte Ferkel, die 24 Stunden lang keine Nahrung erhalten hatten, wurden betäubt und dann operiert. Dabei wurde der Bauchraum geöffnet und der Darm mittels Fäden in zahlreiche kleine Abschnitte

abgebunden. In diese voneinander getrennten Abschnitte wurden nun E. coli-Bakterien injiziert, die aus dem Stuhl erkrankter Schweine oder anderer Säugetieren stammten. In anderen Versuchen wurden nicht die Bakterien, sondern Kulturreste ohne Bakterien injiziert, von denen man annahm, dass sie das Bakteriengift enthielten.

Die Bäuche der Ferkel wurden wieder zugenäht und nachdem die Ferkel erwacht waren, wurden sie getötet und die einzelnen Darmabschnitte auf Veränderungen untersucht. Daraus wurden dann Schlussfolgerungen auf pathogene Bakterien oder Bakteriengifte gezogen (PMID: 4919579).

Wie bei den vorher beschriebenen Kaninchenversuchen muss auch hier betont werden, dass es sich keineswegs um Doppelblindversuche handelte und bei der Auswertung der Einfluss der Art der Behandlung und die chemische Zusammensetzung der verwendeten Kulturen sträflich vernachlässigt wurden.

Mir ist bei Durchsicht der historischen Publikationen kein einziger erfolgreicher Versuch untergekommen, bei dem bereits eine einfache orale (über den Mund) Aufnahme bestimmter Bakterienstränge der Sorte E. coli bei Tier oder Mensch zu Krankheitssymptomen geführt hätte. Eine solche Ansteckung mit E. coli ist offenbar niemals auf natürlichem Wege gelungen. Daraus kann wiederum geschlossen werden, dass die schulmedizinische Hypothese von den krankmachenden EHEC-Bakterien ernstzunehmende Lücken hat.

Ich denke, das natürliche EHEC-Ansteckungsrisiko über Augenverletzungen durch bakterienverseuchte Labormesser oder Injektionen in abgebundene Darmabschnitte dürfte im Alltag gegen Null tendieren. Somit können wir uns bei der Ursachensuche nun anderen Möglichkeiten zuwenden:

Sommergrippe und Temperaturschwankungen

Dr. Johann Loibner, Naturheilarzt aus Österreich, weist in einem Beitrag („impf-report“ Nr. 78/79, Mai/Juni 2011) darauf hin, dass wir jedes Jahr aufs Neue dem Phänomen der sogenannten Sommergrippe begegnen und dass der Zeitpunkt dieser regelmäßigen Erkrankungswelle etwas mit dem Klima zu tun hat.

Tatsächlich gab es laut dem Archiv von www.wetter.com zwei Tage vor dem offiziellen Anstieg der Erkrankungszahlen einen ungewöhnlichen Sprung der Temperaturen nach oben, sowohl für Hamburg als auch für München (die Städte, für die ich dies geprüft habe).

Wir alle kennen das: Wenn es längere Zeit relativ kühl ist und die Temperaturen plötzlich sprunghaft ansteigen, haben viele Menschen Kreislaufprobleme. Und diese können sich bei besonders anfälligen oder geschwächten Menschen natürlich auch in Brechdurchfällen äußern.

Das wäre also durchaus eine Erklärung für eine wellenartige Zunahme solcher Erkrankungen – und entsprechender Einweisungen in die Kliniken. Hier wäre jedoch als Ursache nicht irgendein Erreger zu suchen, sondern die individuelle Schwäche des betroffenen Patienten – ganz im Sinne der Naturheilkunde.

Eine wichtige Rolle könnte dabei auch ein vorübergehender Unterzucker im Blut spielen. Wie der US-amerikanische Amtsarzt Dr. Benjamin Sandler bereits in den vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts feststellte, können die hohen Temperaturen insbesondere Kinder und junge Menschen dazu verleiten, besonders viele Süßgetränke und Eis zu sich zu nehmen und sich bei dem schönen Wetter körperlich zu verausgaben. Die Folge: Vorübergehender Unterzucker und eine besondere Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten aller Art. Dieser mögliche Zusammenhang wäre natürlich im Einzelfall zu prüfen.

Ein „EHEC-begeisteter“ Arzt reicht für den Startschuss

Es wäre spannend zu wissen, ob es in München, wo es gleichzeitig mit Hamburg zu einem rapidem Temperatursprung gekommen war, ebenfalls vermehrt zu Einweisungen mit schwerem Brechdurchfall gekommen ist. Ich vermute das, habe aber bisher keinen Beleg dafür.

Doch warum hat die EHEC-Hysterie nun ausgerechnet in Hamburg begonnen und nicht z. B. in München? Im Grunde reicht es schon, wenn ein einzelner besonders am EHEC-Thema interessierter Arzt am richtigen Tag in der Ambulanz Dienst hat und bei eingelieferten Patienten den „richtigen“ Erstverdacht hegt und diesen im Labor überprüfen lässt.

So einen Arzt gibt es tatsächlich im Hamburger Universitätsklinikum: Einen Impfarzt, der nebenbei an Impfstudien für einen ETEC-Impfstoff (ETEC ist mit EHEC eng verwandt) und einen Schweinegrippe-Impfstoff teilgenommen hat. Dass dieser Arzt die Auslöser war, ist natürlich reine Spekulation und ich nenne bewusst keinen Namen. Mit diesem Beispiel möchte ich nur verdeutlichen, welche „kleinen Zufälle“ beim Start eine Epidemie-Panikmache eine Rolle spielen können.

Damit verbunden wäre die Frage, ob es im UKE eine wirkliche Zunahme von schweren Darminfektionen gegeben hat – oder etwa nur die Zunahme einer bestimmten Diagnose innerhalb einer *gleichbleibenden*

Gesamtzahl der Patienten mit Darmproblemen. Falls es eine tatsächliche Zunahme von schweren Fällen in den Intensivstationen gegeben hat, (wovon ich aufgrund der Meldungen persönlich ausgehe) könnte dies auch mit dem UKE selbst, z. B. der Art der (medikamentösen) Behandlung zu tun haben.

Diese Zunahme begann offiziell am 9. Mai und wurde erst 10 Tage später bemerkt. Der *besondere Faktor* könnte also auch erst *nach* Einweisung ins UKE gegriffen haben. Das führt zur Frage, mit welchen Medikamenten die Patienten innerhalb dieser 10 Tage behandelt wurden.

Antibiotika und die Folgen

Im RKI-Merkblatt für Ärzte heißt es: *„Die Behandlung der Krankheits-symptome kann nur symptomatisch erfolgen. Eine antibakterielle Therapie ist nicht angezeigt. Sie kann die Bakterienausscheidung verlängern und zur Stimulierung der Toxinbildung führen.“*

Sterben die Bakterien ab, werden bestimmte giftige Substanzen – sogenannte Shiga-Toxine – frei, die nach Ansicht der Experten zuvor Teil des Bakteriums waren und unter anderem zu Blutmangel, blutigem Stuhl und Nierenversagen führen können. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Darm derart aus dem Gleichgewicht gebracht wurde, dass das *E. coli* nicht mehr überleben kann. Die wichtigsten Ursachen dürften hier falsche Ernährung und Medikamentennebenwirkungen sein. Insbesondere Antibiotika stellen, wie das RKI selbst offiziell einräumt, ein großes Risiko dar. Sie können speziell auch *E. coli* schädigen oder abtöten und damit das Problem verschärfen – oder überhaupt erst hervorrufen.

Deshalb ist auch aus schulmedizinischer Sicht eine Antibiotika-Behandlung im Rahmen einer EHEC-Infektion ein schwerer – und unter Umständen tödlicher – Kunstfehler. Dies bestätigen offenbar auch die praktischen Erfahrungen vieler Naturheilärzte und Heilpraktiker im Umgang mit Brechdurchfällen, wie einige mir vorliegenden Leserbriefe dokumentieren.

Aus dem Umfeld des städtischen Krankenhauses in Kiel beispielsweise, in dem zu Beginn der „Epidemie“ eine Frau nach einer EHEC-Infektion verstarb, wurde mir zugetragen, dass diese Frau höchstwahrscheinlich mit Antibiotika behandelt worden war. Dies könnte den rätselhaften Todesfall erklären und darüber hinaus auch die meisten der anderen Todesfälle:

Regelmäßig wird bei Todesfällen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten vermieden, einen möglichen Zusammenhang mit zuvor

verabreichten Medikamenten (und ihren Nebenwirkungen) herzustellen oder auch nur in Erwägung zu ziehen – weshalb es auch keine öffentliche Diskussion über dieses Thema gibt.

Tabu-Thema Hochsicherheits-Institute

Erinnern Sie sich an die angebliche Vogelgrippe-Epidemie von 2006, die im tiefsten Winter auf der norddeutschen Insel Rügen – in unmittelbarer Nähe des Friedrich-Löffler-Instituts (FLI) – ausbrach? Diese geografische Übereinstimmung war damals nur ein paar Impfkritikern aufgefallen, der deutschen Medienlandschaft jedoch völlig entgangen. Das FLI ist eine deutsche Bundesbehörde, die zur damaligen Zeit in ihren Hochsicherheitslabors mittels eines als hochgefährlich angesehenen asiatischen Stammes des H5N1-Virus einen Impfstoff entwickelte.

Was lag näher, als dass der Ausbruch auf Rügen durch aus dem Labor entwichene Viren verursacht wurde? Mit dieser Idee hatten die Virenexperten – die ja in der Regel alle selbst über Hochsicherheitslabors verfügen – jedoch nichts am Hut. Statt dessen wurden von ihnen völlig absurde interkontinentale Zugvogelströme als Übertragungswege auserkoren – worüber dann auch zahlreiche Ornithologen (Vogelkundler) öffentlich den Kopf schüttelten.

Auch die angebliche EHEC-Epidemie begann in unmittelbarer Nähe eines Hochsicherheitslabors, in dem mit *Escherichia coli* gearbeitet wurde: Dem Bernhard-Nocht-Institut (BNI). Dieses liegt mitten in Hamburg fast direkt an der Elbe im altehrwürdigen Stadtteil St. Pauli. Wie www.efi-online.de berichtet, hat das BNI an einer Impfstudie gegen ETEC-Erreger teilgenommen, einer ebenfalls als gefährlich angesehenen Unterart des Darmbakteriums *Escherichia coli*.

Darüber hinaus experimentiert das BNI, wie man auf seiner Webseite erfahren kann, mit genetisch veränderten *E. coli*, denen Genabschnitte verschiedener als gefährlich angesehener Viren, unter anderem der Gelbfieberviren, eingepflanzt werden.

Ich wiederhole meine Frage: Wenn man an die Realität der EHEC-Gefahr glaubt, was liegt dann näher, als zu vermuten, dass die Epidemie durch künstlich veränderte Bakterien verursacht wurde, die aus dem Labor entwichen? Wenn das Bakterium wirklich so gefährlich ist, wie behauptet – wovon die Experten schließlich ausgehen – dann ist die Ausblendung der Institute als Infektionsquelle nicht nur sträflicher Leichtsinns, sondern wäre fast schon mit vorsätzlicher Körperverletzung gleichzusetzen.



© dermathias2 - Fotolia.com

Behörden und Infektionsexperten suchten über Wochen hinweg verzweifelt in frischen Lebensmitteln nach Hinweisen auf die geheimnisvolle EHEC-Infektionsquelle. Auf die Idee, dass diese Quelle möglicherweise nur in ihren eigenen Köpfen existieren könnte, kamen sie nicht.

angeblich gefährlichen Keimen als Quelle der Infektionen kein Tabu sein. Doch wie es scheint, sind die Bakteriologen und Virologen in Deutschland niemandem Rechenschaft schuldig. Nicht nur die Politiker, sondern selbst die „freie Presse“ kauft ihnen jede Cassandra-Geschichte ungeprüft ab.

Nebenwirkungen der industriellen Landwirtschaft

Ein weiteres Tabu-Thema scheint der Einfluss der Massentierhaltung auf die Qualität der Lebensmittel zu sein. Immerhin wurde dieses Thema von der ZDF-Sendung „Frontal 21“ aufgegriffen. Dort erwähnt ein Bio-

Vielleicht irritiert es den einen oder anderen Leser jetzt etwas, wenn ich auf der einen Seite die Existenz einer EHEC-Epidemie in Frage stelle, auf der anderen Seite jedoch von hochgefährlichen Bakterien und Viren aus Hochsicherheitslaboren spreche. Das ist nur ein scheinbarer Widerspruch, denn im Grunde möchte ich nur darauf aufmerksam machen, dass das Verhalten der Infektionsexperten von Behörden, Instituten und Kliniken auch in dieser Hinsicht keinen Sinn macht:

Wenn sie tatsächlich von einer tödlichen Gefahr für die Bevölkerung ausgehen, dann können auch die von ihnen selbst durchgeführten Experimente mit an-

Landwirt Studien, die aufzeigen, dass die Fütterung mit Kraftfutter zu einer höheren EHEC-Ausscheidung der Kühe führe. Auf der Webseite der „Bürgerinitiative für ein gentechnikfreies Südniedersachsen“ habe ich folgendes Zitat gefunden:

„Wissenschaftler haben festgestellt, dass die Ausscheidungen von Rindern weitaus weniger EHEC und andere säuretolerante Coli-Bakterien enthalten, wenn die Tiere artgerecht, vor allem mit Heu und Gras, gefüttert werden, so wie es im Öko-Landbau üblich ist. Zu viel Kraftfutter senkt dagegen den pH-Wert im Verdauungstrakt der Rinder, so dass das Umfeld für EHEC-Bakterien günstiger wird.“

Prof. Kaufmann vom Max-Planck-Institut für Infektionsbiologie in Berlin weist darauf hin, dass überall dort, wo sehr viele Tiere auf engem Raum gehalten werden, sich Seuchen entwickeln und rasch ausbreiten können. „Die industrielle Landwirtschaft ist quasi ein Inkubator für neue Krankheitserreger“, so Kaufmann.“

Warum warnt das RKI – das ja auf die Aussagekraft der EHEC-Labortests eingeschworen zu sein scheint, dann nicht vor Lebensmitteln aus der Massentierhaltung bzw. Lebensmitteln, die mit Ausscheidungen aus der Massentierhaltung gedüngt wurden?

Intellektuelle Inzucht und Tunnelblick

Was war nun der wahre Auslöser der erfassten EHEC-Fälle, wenn es das Bakterium mit großer Wahrscheinlichkeit nicht war? Die Ärzte wissen es nicht. Sie können es auch nicht wissen, wenn sie nichtinfektiöse Quellen wie z. B. Medikamenten-Nebenwirkungen und individuelle Schwächen der betroffenen Patienten von vornherein unberücksichtigt lassen und die Diagnosestellung sofort als beendet ansehen, sobald ein Labortest auf einen beliebigen Erreger positiv anschlägt.

Dafür, dass es eine gemeinsame Infektionsquelle gibt, fehlt bisher jeder Beweis. Essen muss jeder, weshalb es auch kein unerwartetes Ergebnis einer Untersuchung sein kann, dass Erkrankte kurz vorher ähnliche Lebensmittel gegessen haben. Brechdurchfälle aufgrund vergammelter Lebensmittel treten ebenfalls regelmäßig auf, insbesondere bei hohen Außentemperaturen.

Laut RKI hatten die Erkrankten überdurchschnittlich viel rohes Gemüse gegessen. Das kann etwas bedeuten, muss es aber nicht. Falls es etwas bedeutet, wäre unter anderem zu prüfen, ob die Kühlketten eingehalten wurden, ob also das Gemüse vergammelt war, wie hoch die Pestizidbelastung war oder ob es sich vielleicht um gentechnisch verun-

reinjigte Ware gehandelt hat: E. coli wird vorzugsweise in der Gentechnik als Transportmittel für künstlich veränderte Gensequenzen eingesetzt, was auch den Nachweis bestimmter genetischer Merkmale des Bakteriums bei manchen (gentechnisch veränderten?) Lebensmitteln erklären könnte.

Wie steht es z. B. auch mit der Wasserqualität in Hamburg und den norddeutschen Bundesländern und wie steht es mit sonstigen Umweltgiften, die auf den Magen schlagen?

Das alles gilt es bei einer ordentlichen und ganzheitlichen Ursachen-suche zu berücksichtigen. Doch das RKI, die untergeordneten Gesundheitsbehörden und mikrobiologischen Institute handeln nicht ganzheitlich. Im Gegenteil, die Mikrobiologen, insbesondere die Virologen, haben hier das Sagen und stürzen sich schon seit Generationen mit wachsendem Eifer auf jeden Ausbruch, während z. B. die Umweltmediziner, die angesichts wachsender industrieller Belastungen an Bedeutung gewinnen müssten, zunehmend in Nischenbereiche verdrängt werden. Hier macht sich meiner Ansicht nach ein entscheidender Nachteil der Spezialisierung in der Medizin bemerkbar.

Wer profitiert?

Das ist natürlich die erste Frage, wenn man verstehen will, wie sich eine im Grunde unsinnige Epidemie-Hysterie durchsetzen konnte. Da sind als Erstes die beteiligten Ärzte zu nennen, deren Karriere sicherlich nicht unter der gesteigerten öffentlichen Aufmerksamkeit und der einmaligen Chance, zu publizieren, litt. Da sind zudem die Hersteller von Labortests, die sich in einem rapide wachsenden Markt bewegen, allen voran der niederländische Global Player QIAGEN, der in nur fünf Jahren seinen Umsatz auf jährlich eine Milliarde US-Dollar verdoppeln konnte. Allein von den HPV-Tests zum Nachweis des angeblichen Erregers von Gebärmutterhalskrebs hat QIAGEN bisher 75 Millionen Testkits verkauft.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass am deutschen EHEC-Referenzzentrum an der Uni Münster bereits ein neuer EHEC-Gen-Schnelltest entwickelt wurde. Den verantwortlichen Wissenschaftlern winken Ruhm, Publikationen, Patente und Lizenzgebühren, sollte sich der Test auf dem Markt durchsetzen.

Und dann gibt es noch den Hersteller ALEXION, der ein Medikament zur Behandlung von HUS anbietet, das ursprünglich für ein ganz anderes Einsatzgebiet entwickelt worden war. Die Tagesdosis kostet zwischen 5.000 und 6.000 Euro, die Langzeitbehandlung laut dem inzwischen kalt-

gestellten Arzneimittelwächter Sawicki jährlich etwa 450.000 Euro. Bei etwa tausend EHEC-Fällen wären das allein für SOLIRIS, so der Name des Medikaments, jährlich bis zu einer halben Milliarde Euro, die von den Krankenkassen zusätzlich bezahlt werden müssten.

Da ist es schon etwas eigenartig, dass nur wenige Tage nach dem offiziellen Ausbruch der Epidemie eine Studie über ein neues EHEC-Medikament zur vorzeitigen Veröffentlichung bereit stand. An dieser Studie hatte sich auch ein Mediziner aus Heidelberg mit einem Patienten beteiligt. Für Laien schwer nachvollziehbar ist auch, dass die Ärzte in den Kliniken Hamburgs und Hannovers offenbar nichts Besseres einfiel, als genau dieses extrem kostspielige Medikament „als letzte Hoffnung“ an ihren Patienten auszuprobieren.

SOLIRIS, gentechnisch hergestellt, wurde von der europäischen Zulassungsbehörde EMEA vor Jahren zugelassen, obwohl es kaum getestet ist. ALEXION stellte das Medikament den Medizinerinnen, die SOLIRIS bei ihren HUS-Patienten ausprobieren wollten, kostenlos zur Verfügung: So billig bekommt der Konzern vermutlich nie wieder menschliche Versuchskaninchen für sein experimentelles Medikament.

ALEXION ist vielleicht der größte Nutznießer der Schein-Epidemie, denn Impfstoffe gibt es ja bisher keine. Das Produkt des Herstellers ist nun den meisten Ärzten bekannt und es wird mit Sicherheit nicht mehr lange kostenlos ausgeliefert werden. Laut SPIEGEL hat ALEXION trotz des unglaublichen Preises im letzten Jahr mehr als eine halbe Milliarde Dollar Umsatz damit erzielt. Tendenz steigend.

Philosophie des Kampfes

Die Welt ist aus Sicht der Mikrobiologen ein einziges großes Schlachtfeld, in der Bakterien und Viren mit höheren Lebewesen seit jeher um die Vorherrschaft ringen. Der Kampf, und nicht die Symbiose, bestimmt ihrer Ansicht nach das biologische Überleben und der Stärkere wird schließlich diesen Krieg gewinnen. Diese Philosophie der Mikrobiologen erinnert an den Marxismus, der ja das Prinzip des Kampfes zwischen sozialen Schichten zum Prinzip erhob – und aus gutem Grund scheiterte.

Bioterrorismus und der Verschwörungsboulevard

Die Philosophie des Kampfes hat offenbar auch die Verschwörungsszene übernommen, die durch EHEC neuen Auftrieb erhielt: Kaum begann der EHEC-Erreger die Medienlandschaft zu erregen, machten die ersten Ketten-E-mails die Runde, die wissen wollten, dass es sich bei dem

Bakterium um eine künstlich hergestellte Biowaffe handle, die entweder versehentlich aus einem Hochsicherheitslabor entwichen oder aber von Bioterroristen bewußt ausgesetzt wurde.

Es mag sein, dass es staatlich geförderte Institute gibt, die sich mit der Möglichkeit beschäftigen, normalerweise harmlose Bakterien und Viren als Waffe gegen die Bevölkerung zu verwenden. Diejenigen, die von dieser Tätigkeit leben, haben sicherlich auch ihre eigene Motivation, das Märchen von den Monster-Erregern aufrecht zu erhalten, und die wichtigste lautet: Forschungsgelder.

Was aber treibt jene Mitmenschen an, die hinter jedem Baum einen Angriff auf ihre Persönlichkeitsrechte und in jeder angeblichen Epidemie eine Biowaffe oder gar Verschwörung der Mächtigen gegen die Menschheit sehen? Da es keinerlei ernst zu nehmenden wissenschaftlichen Beweise dafür gibt, dass die Bakterien ein gesundheitliches Problem darstellen, ist das, was die Verursacher dieser Gerüchte verbreiten, im Grunde „das Gleiche in Grün“, was die Behörden und sogenannten Experten tun, nämlich die Verbreitung von Panik und das Halten der Menschen in einem Zustand der Angst und Unwissenheit.

Mittlerweile ist der „Verschwörungsboulevard“, wie der Journalist und Filmemacher Michael Leitner es treffend nennt, zu einem Marktfaktor geworden, der regelmäßig Bestseller hervorbringt.

Bislang bin ich nur bei der sogenannten Schweinegrippe-Pandemie zu der Ansicht gekommen, dass dem ganzen Geschehen von vornher-ein ein Drehbuch zugrunde lag (siehe dazu nächstes Kapitel).

Falls jemand bei der EHEC-Hysterie wirklich im Sinne einer Verschwörung bewußt nachgeholfen hat, dann müssen es – zumindest im Vergleich mit dem Schweinegrippe-Coup – Stümper gewesen sein. Wer so etwas mit einem bestimmten Ziel plant, der sorgt rechtzeitig dafür, dass die Epidemie nicht bereits nach wenigen Tagen ihren Höhepunkt erreicht und nach wenigen Wochen bereits wieder in der Versenkung verschwindet. Die Schweinegrippe hat uns gezeigt, wie so etwas läuft. Um einen ähnlichen gewinnbringenden Effekt für die Industrie zu erzeugen, hätte die „Epidemie“ etwa folgendermaßen ablaufen müssen:

Durch die neuentwickelten Schnelltests wird in Folge des ersten Ausbruchs in Norddeutschland allgemein wesentlich häufiger getestet als vorher, mit dem zwangsläufigen Ergebnis steigender EHEC-Zahlen. Die „Epidemie“ wird dadurch mehrere Monate in Gang gehalten, erste Verträge mit Impfstoffherstellern mit Standort in Deutschland (z. B. NOVARTIS und GSK) werden geschlossen, Millionen an Steuergeldern für die Entwicklung eines Impfstoffs zugesagt. Bis Ende des Jahres 2011

steigt die offizielle Anzahl der angeblich an EHEC Erkrankten auf 20.000 oder mehr, die Todesfälle auf 500 oder mehr. Man braucht dazu nur eine gewisse Anzahl von Patienten mit Darminfekten zuerst auf EHEC hin testen. Ein Prototyp für den Impfstoff steht so noch im Sommer 2011 zur Verfügung. Wie bei der Schweinegrippe geschehen, verlangen die Hersteller Abnahmegarantien von der Bundesregierung und Übernahme der Vorlaufkosten. Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Kosten für die Impfung zu übernehmen, sagen wir für etwa 0,5 bis 1 Mrd. Euro jährlich. Kommt es kaum zur Anwendung der Impfung, da – wie bei der Schweinegrippe – nur ein Bruchteil der Bevölkerung das Impf-Angebot annimmt, hat das durchaus Vorteile, denn dadurch wird das Risiko gesenkt, dass es zu einer öffentlichen Diskussion von Nebenwirkungen und Impfschäden kommt. Wird die neue Impfung jedoch von der breiten Masse akzeptiert, kann man die Unwirksamkeit des Impfstoffs nach drei bis fünf Jahren nicht mehr verheimlichen. Doch wird durch geschickte Argumentation zum Vorteil der Hersteller gewendet, indem „befreundete“ Experten auf die vermeintliche Notwendigkeit von Nachimpfungen pochen. Nach weiteren drei bis fünf Jahren ist dann auch deren Nutzlosigkeit erwiesen. Die Hersteller und von ihnen abhängige Experten verkünden sodann, dass dies ihrer Ansicht nach nicht am Impfstoff, sondern an den ständigen Mutationen des Bakteriums liege. Man müsse also, so ihre Argumentation, in Zukunft jährlich mit einem angepassten Impfstoff nachimpfen, ähnlich wie bei der Influenza-Impfung. Für die Hersteller wird die neue Impfung dadurch innerhalb weniger Jahre zu einem neuen Dauergeschäft, die Aktionäre der Konzerne können sich freuen – und unser finanziell sowieso schon marodes Gesundheitssystem wird noch ein bisschen schneller in die Knie gehen.

Doch wie es aussieht, ist der geheimnisvolle EHEC-Erreger trotz der großen auf ihm ruhenden Aufmerksamkeit so schnell wieder verschwunden, wie er aufgetaucht ist. Somit wird es zumindest nichts aus jährlichen Durchimpfungen der Bevölkerung gegen EHEC. Vorerst.

Gerade der „aufgeklärte“ Bürger muss höllisch aufpassen, nicht ständig in die Verschwörungsfalle zu tappen und überall die Machenschaften böser Drahtzieher zu vermuten. Auch Ärzte und Experten, die völlig einseitig Erreger-Panikmache verbreiten, sind nicht automatisch böse Menschen oder tun dies mit Absicht und aus niederen Beweggründen.

Ich persönlich bevorzuge das Bild von der Gesellschaft als einem kranken sozialen Organismus, an dem jeder Einzelne von uns – als Körperzelle – durch mangelnde Einsicht und Zivilcourage seinen Anteil hat. Der Missbrauch von Macht und Geld durch „Krebszellen“ ist somit eher

ein Teil des Symptoms als die eigentliche Ursache des Problems. Ein vitaler und gesunder Organismus ist nun mal wesentlich weniger für Krebs und andere Krankheiten anfällig als ein geschwächter.

Um den sozialen Gesamtorganismus zu heilen, müssen wir somit bei uns selbst anfangen, z. B. indem wir im Alltag mehr Zivilcourage leben und viele kleine Sandkörner im Getriebe eines Gesundheitswesens darstellen, das derzeit leider ungebremst auf einen Abgrund zurollt.

Idealer Nährboden für Erreger-Panikmache

Die psychologischen Mechanismen, die dazu führen können, dass Mediziner lieber die tödliche Mutation eines Erregers als einen eigenen Fehler als Todesursache in Erwägung ziehen, sind bekannt und werden seit Jahren – mit unterschiedlichem Erfolg – öffentlich diskutiert. Sie könnten auch erklären, mit welcher naiven Leichtgläubigkeit die meisten Ärzte den Labortests vertrauen: Sobald ein Test positiv auf als gefährlich eingestufte Bakterien oder Viren anschlägt, kann der Arzt einen wesentlichen Teil seiner Verantwortlichkeit abgeben, denn in solchen Fällen schreibt ihm ein engmaschig geknüpftes Netz aus Richtlinien genau vor, wie er den Patienten zu behandeln hat.

So wie ein Darmbakterium einen günstigen Nährboden braucht, um zu gedeihen, findet die EHEC-Panikmache im alltäglichen Klinikumfeld ideale Voraussetzungen, sich auszubreiten. Ein praktisches Beispiel aus der „WELT am Sonntag“ vom 12. Juni:

„Wir waren sehr besorgt, als die üblichen HUS-Behandlungen nicht anschlagen. Als dann auch noch neurologische Ausfallerscheinungen dazukamen, manche Patienten apathisch wurden, manche Wahnvorstellungen bekamen, da haben wir schon Angst bekommen.“

Mit geübtem Auge und offenem Geist kann man aus diesem kurzen Zitat mehrere wichtige Dinge erfahren:

1. Die Patienten mit Blut im Stuhl und Nierenschwäche wurden also mit den „üblichen“ Methoden behandelt. Dabei handelt es sich nicht etwa um sanfte naturheilkundliche Methoden zur Unterstützung des Körpers bei der Überwindung der Krise, sondern üblicherweise um regelrechte Pharma-Keulen, die zum Teil tief in die biochemischen Abläufe des Organismus eingreifen – und die laut den Produktinformationen zahlreiche mögliche Nebenwirkungen aufweisen.

2. Die Ärzte wundern sich dann, weil es den Patienten trotzdem nicht besser, sondern sogar schlechter geht und zusätzlich das zentrale Nervensystem stark in Mitleidenschaft gezogen wird.
3. Eigentlich müssten sie nur in die Fachinformationen der Medikamente schauen, die sie selbst vorher verabreicht hatten. Dort sind in der Regel sämtliche Komplikationen, die EHEC zugeschrieben werden, als bekannte Nebenwirkungen aufgeführt.
4. Die gleichen Ärzte bekommen es mit der Angst zu tun, denn die „üblichen“ Medikamente sind alles, was sie haben.

Heilung verboten: Warum „Therapiefreiheit“ zunehmend zu einer Farce wird

Ich wollte wissen, wie denn Naturheilärzte und Heilpraktiker Patienten mit blutigen Brechdurchfällen behandeln würden und stellte über meinen Email-Newsletter eine entsprechende Anfrage. Ich bekam als häufigsten Vorschlag die Anwendung von natürlichen Stoffen zur Bindung von Giften: Altbekannt und eingeführt ist hier die Heilerde von Luvos, darüber hinaus gibt es z. B. noch Bentonit und medizinische Kohle. Daneben wurde häufig geraten, die Darmflora mit entsprechenden Präparaten, die hilfreiche Bakterien enthalten, neu aufzubauen. Auch hochdosierte Vitamininfusionen wurden erwähnt. Wie dem auch sei, Naturheilkundler legen offenbar großen Wert darauf, die Behandlung auf die individuellen Umstände des Patienten abzustimmen.

Solche alternative Therapien kommen für „etablierte“ EHEC-Ärzte nicht in Frage. Sie sichern keine Arbeitsplätze in den Kliniken, riechen nach Stress bei der Abrechnung mit den Krankenkassen und fördern keine Karrieren innerhalb des auf Umsatz und Gewinn ausgerichteten Systems. Deshalb werden die alternativen Methoden auch gar nicht erst getestet, was eine vorläufige Recherche in der medizinischen Datenbank PubMed bestätigte. Warum ist das so?

Bei einem Erfolg alternativer Behandlungsmethoden müsste sich das verantwortliche ärztliche Personal eingestehen, den ihnen anvertrauten Patienten Schaden zugefügt zu haben, zudem steht ja der Ruf der betroffenen Klinik auf dem Spiel. Und da alle Mediziner letztlich im gleichen Boot sitzen, spricht man einfach nicht über solche unangenehmen Themen, die deshalb nur durch Zufall in die öffentliche Diskussion gelangen.

Doch selbst wenn ein Klinikarzt die Bereitschaft hätte, seinen Patienten alternative Methoden anzubieten, wenn er also seine inneren Zwänge überwände, so sähe er sich doch weiterhin bestimmten äußeren Zwängen gegenüber, nämlich einem Quasi-Verbot, bestimmte Infektionskrankheiten anders zu behandeln als vorgeschrieben.

Grundsätzlich, d. h. auf dem Papier, genießt der Arzt in Deutschland Therapiefreiheit. Er kann also dem Patienten jede Methode vorschlagen, die er nach bestem Wissen und Gewissen für die optimalste Behandlung hält. Im Deutschen Ärzteblatt online heißt es jedoch:

„Dennoch bedeutet Therapiefreiheit nie Therapiebeliebigkeit; der Arzt unterliegt der berufsspezifischen Sorgfaltspflicht, er muss sich am fachärztlichen Standard orientieren und nach bestem Wissen und Gewissen handeln.“

Gegen Sorgfaltspflicht ist nichts einzuwenden, gegen Handeln nach bestem Wissen und Gewissen auch nicht. Und dass eine Therapie nicht beliebig sein, sondern auf die Bedürfnisse des Patienten optimal zugeschnitten sein sollte, ist auch klar. Das Problem ist auch nicht „der fachärztliche Standard“, der in der Regel nichts anderes bedeutet als die aktuelle medizinische Mehrheitsmeinung.

Doch was ist, wenn es zu einem Konflikt zwischen dem „fachärztlichen Standard“ und dem „nach besten Wissen und Gewissen“ kommt? Welcher Aspekt hat beim Arzt meines Vertrauens dann das letzte Wort? Das Gewissen oder der Standard? Ist dies nicht unter Umständen eine wichtige Frage für mich als Patienten? Auf der Webseite des Hartmannbundes, des Verbandes der Ärzte in Deutschland, heißt es:

„Die Therapiefreiheit des Arztes meint vor allem Methoden- und Verordnungsfreiheit, das heißt die Freiheit des Therapeuten zu entscheiden, welche Methode der Diagnostik und Therapie angezeigt ist. Diese wird jedoch durch zahlreiche Reglementierungen in der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit stark eingeschränkt.“

Grund für diese Reglementierung seien die finanziellen Probleme des Gesundheitswesens. Diese zwingen den Arzt dazu, Wirtschaftlichkeitsaspekte in seine Verordnungen mit einzubeziehen – was natürlich nicht immer auch das Beste für das Wohl des Patienten sein muss.

Das Deutsche Ärzteblatt spricht in seinem Artikel über Therapiefreiheit darüber hinaus von einer zunehmenden Verrechtlichung. Das heißt, dass Leitlinien, die eigentlich der Qualitätssicherung dienen sollten, zunehmend eine quasigesetzliche Verbindlichkeit erlangen:

„Als Orientierungshilfe für Juristen ermöglichen sie den Zugriff des Rechts auf fachliche Aspekte der Medizin und öffnen das Tor zur Defen-

sivmedizin: Befolgung der Leitlinien kann Haftungsimmunsierung erwarten lassen; Abweichung muss dagegen gerechtfertigt werden, mit der Gefahr, dass dies misslingt.“

Der Arzt ist also nicht nur Opfer seiner einseitigen, von Interessengruppen beeinflussten, Ausbildung an den medizinischen Universitäten, sondern auch eines immer dichter werdenden Netzes von Bestimmungen und Leitlinien, die zunehmend Gesetzescharakter erlangen.

Des Arztes Dilemma

Hier ist also des Arztes Dilemma: Wenn er seinem Patienten, der unter Brechdurchfällen leidet, z. B. eine Behandlung mit Heilerde verschreiben will, so muss er ihm nicht nur erklären, dass dies die Krankenkasse nicht übernimmt, er muss ihm außerdem klar machen, dass dies gegen die offiziellen Leitlinien verstößt und er als Patient selbst die volle Verantwortung übernehmen muss.

Selbst dann, wenn der Patient darin einwilligt, muß ein Arzt, der in einer Klinik derart gegen den Strom schwimmt, immer noch mit Mobbing oder sogar Gefährdung seines Arbeitsplatzes rechnen, wenn nicht gar mit einem Entzug der Approbation. In Österreich wurde Dr. Johann Loibner, die Approbation schon wegen weniger entzogen, nämlich ausschließlich aufgrund seiner öffentlichen Ablehnung von Impfungen. Das Verfahren ist allerdings letztinstanzlich noch in der Schwebe.

Die Illusion von Kontrolle und mögliche Auswege

Die EHEC-Hysterie zeigt uns also einmal mehr, dass mit unserem Gesundheitswesen etwas völlig im Argen liegt. Bezeichnend ist, dass mit jeder sogenannten Gesundheitsreform, mit der die jeweils Regierenden die Probleme lösen wollten, alles nur noch schlimmer wurde.

Eine der Ursachen hierfür scheint mir die Illusion zu sein, diese Probleme mit immer mehr Kontrolle, statt mit immer mehr freiheitlicher Selbstverantwortung in den Griff bekommen zu können. Suchttherapeuten zufolge ist Kontrolle jedoch nur eine Illusion, da sie nie wirklich zum Ziel führt.

Natürlich könnte man die Überregulierung zu großen Teilen wieder zurückfahren, z. B. indem den Krankenkassen wieder freigestellt wird, auch naturheilkundliche und alternative Therapien zu finanzieren, wenn sie dies für sinnvoll halten. Doch ich fürchte, wenn man keinen grundsätzlichen Paradigmenwechsel vornimmt, wird es nur bei kosmetischen Maßnahmen bleiben:

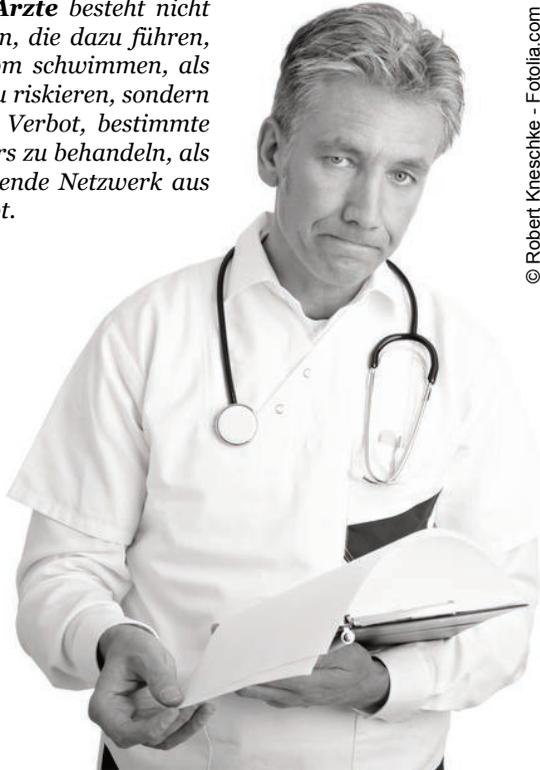
Das Dilemma unserer Ärzte besteht nicht nur aus Interessenkonflikten, die dazu führen, dass sie eher mit dem Strom schwimmen, als Arbeitsplatz und Karriere zu riskieren, sondern auch aus einem faktischen Verbot, bestimmte Infektionskrankheiten anders zu behandeln, als es das immer dichter werdende Netzwerk aus Richtlinien ihnen vorschreibt.

Wir müssen bei der Ausbildung unserer Ärzte künftig das Hauptaugenmerk darauf legen, dass sie im Strom ihres eigenen Gewissens schwimmen können, statt gezwungenermaßen im Strom der medizinischen Mehrheitsmeinungen. Darüber hinaus müssen wir die Rahmenbedingungen schaffen, dass die Therapien, die diese Ärzte ihren Patienten vorschlagen, auch von den Krankenkassen übernommen werden.

Doch wie sollen wir eine solche radikale Wende schaffen? Eine gewisse Orientierung könnte uns vielleicht die soziale Dreigliederung nach Rudolf Steiner bieten. Er ordnete nämlich die Begriffe Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit bestimmten gesellschaftlichen Bereichen zu:

- Freiheit im Geistesleben
- Brüderlichkeit im Wirtschaftsleben
- Gleichheit im Rechtsleben

Ich möchte nicht näher im Detail auf die einzelnen Bereiche eingehen, nur soweit, dass Steiner dem Bereich Freiheit nicht nur die Kunst und Erziehung, sondern auch den Bereich des Gesundheitswesens zuordnet. Dies bedeutet, dass er die Gewissensfreiheit des Arztes, die Therapiefreiheit und die freie Wahl des Heilers über den „aktuellen Stand der Wissenschaft“, über die derzeit gültige Mehrheitsmeinung und über



Richt- und Leitlinien stellte. Dies bedeutet, dass bei der Auswahl und Ausbildung unserer Medizinstudenten weniger die Fähigkeit, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele medizinische Details auswendig zu lernen, eine Rolle spielen müssen, sondern seine Persönlichkeit, sein Einfühlungsvermögen, seine Integrität, sein Gespür für seine Fähigkeiten sowie seine Grenzen.

Dies bedeutet aber auch, dass es den Medizinstudenten nach einem gemeinsamen Grundlagenstudium weitgehend selbst überlassen bleibt, welcher medizinischen Lehrmeinung sie künftig folgen wollen – innerhalb oder außerhalb der Schulmedizin. Solange wir diesen Paradigmenwechsel nicht schaffen, zuerst in unseren Köpfen und dann auch innerhalb unserer Gesetzgebung und Gesellschaft, solange müssen wir eben weiterhin jedes Jahr mit angeblichen Epidemien und Pandemien rechnen, für die es nach Ansicht sogenannter „Experten“ angeblich außer den segensbringenden Medikamenten großer Konzerne keine Alternative gibt.

Was war der wahre Auslöser der „Epidemie“?

Alles, was wir wissen, ist, dass es zwei Tage nach einem außergewöhnlichen Temperaturanstieg (von 10 °C auf 25 °C max. Tagestemperatur) zu einer Zunahme von Klinikeinweisungen mit Brechdurchfällen gekommen ist und ein Arzt im UKE schließlich einige Patienten auf EHEC hin untersuchen ließ. Das Ergebnis waren 12 EHEC-positive Patienten, die am 19. Mai entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an die Gesundheitsbehörden gemeldet wurden, wodurch schließlich die öffentliche EHEC-Hysterie ausgelöst wurde.

Der gemeinsame Nenner, den Tausende von Experten so verzweifelt suchen, besteht aller Wahrscheinlichkeit nach in dem abrupten Klimawechsel, auf den viele geschwächte Menschen mit Kreislaufproblemen inkl. Brechdurchfällen reagierten. Für die besonders schweren Fälle, die im UKE schließlich zur Alarmmeldung führten, sind mit großer Wahrscheinlichkeit neben bereits bestehenden Gesundheitsschwächen die medikamentöse Behandlung der eingelieferten Fälle bzw. deren Nebenwirkungen verantwortlich.

Meinen Recherchen zufolge ist wenigstens ein Arzt im UKE aufgrund von Studien, an denen er beteiligt war, für das EHEC-Thema besonders sensibilisiert, so dass es auch für die Testung der Patienten auf eine im Grunde sehr seltene Infektionskrankheit eine mögliche Erklärung gibt. Eine Verschwörung oder bewußte Absicht hinter dem Geschehen kann ich nicht erkennen.

Letztlich ist diese erneute Epidemie-Panikmache systembedingt und mit weiteren – meist zufällig auftretenden – Schein-Epidemien, ist zu rechnen. Unser sozialer Organismus, um es noch einmal mit diesem Bild auszudrücken, ist nun einmal geschwächt und besonders anfällig für unbegründete Panikattacken.

Essen Sie ausreichend frisches Obst und Gemüse!

Was uns Menschen – und unsere Darmbakterien – gesund erhält, sind frische und möglichst naturbelassene Lebensmittel. Essen Sie also ausreichend rohes Obst und Gemüse. Doch natürlich ist nicht alles, was roh ist, automatisch auch unbedenklich. Am sichersten gehen Sie, wenn Sie auf dem Wochenmarkt beim Biobauern oder Händler Ihres Vertrauens kaufen. Und vor allem: Lassen Sie sich von Ärzten, Gesundheitsbehörden und sogenannten Experten kein X für ein U vormachen.

Literatur:

- RKI-Webseite www.rki.de
- RKI-Merkblatt für Ärzte zu EHEC, Stand Januar 2008
- Merkblatt des Gesundheitsministeriums NRW, Stand 23. Mai 2011
- RKI, EpiBull Nr. 21/2011, 23/2011, 24/2011
- www.soliris.net
- www.emea.europa.eu
- Dissertationen der Universität Münster
- Schriftwechsel des Autors mit Testkit-Herstellern
- impf-report Nr. 12/13 „Das Rätsel der Spanischen Grippe“
- impf-report Nr. 36/37 „Das SARS-Phantom“
- impf-report Nr. 52/52 „Die Seuchen-Erfinder“
- impf-report Nr. 58-60 „40 Gründe gegen die Pandemie-Impfung“
- SPIEGEL online vom 29. Feb. 2008
- Deutsches Ärzteblatt online vom 4. Mai 2007
- STERN online vom 15. Nov. 2007
- www.bni-hamburg.de
- BNI-Studie: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01040325>
- SPIEGEL, Nr. 23/2011
- FOCUS, Nr. 22/2011
- Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(25): A 1381–4

Schweinegrippe

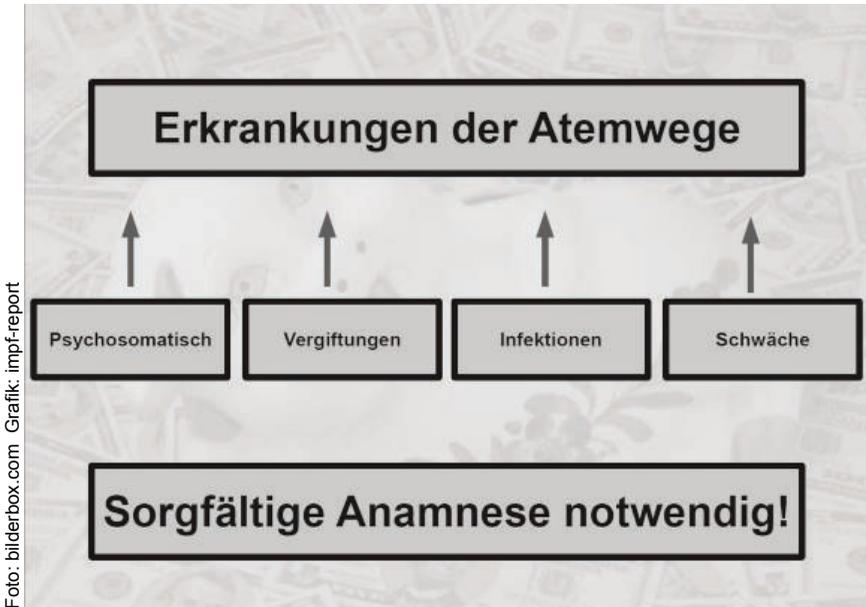
Während die Regierungen der reichen Länder im Jahr 2009 für Milliarden Euro Tamiflu und Schweinegrippe-Impfstoffe bei den Pharmakonzernen bestellten, blieb die prophezeite weltweite Epidemie einfach aus. Im Vergleich mit den sonstigen Influenzawellen war die Anzahl der Schweinegrippe-Erkrankungen sogar verschwindend gering: Es gab wesentlich weniger Grippekranke und Todesfälle als in anderen Jahren. Um zu verstehen, wie grotesk die ganze Schweinegrippe-Kampagne wirklich war, nimmt man sich am besten die Originalpublikationen der US-Seuchenbehörde CDC und der Weltgesundheitsbehörde WHO vor und verfolgt die Entwicklung Schritt für Schritt und Tag für Tag. Sozusagen eine medizinhistorische Betrachtung des Frühjahrs 2009.

Warum eine sorgfältige Anamnese unverzichtbar ist

Stellen Sie sich vor, Sie haben starken Husten, Schnupfen und hohes Fieber, und es wird und wird nicht besser. Schließlich gehen Sie zum Arzt Ihres Vertrauens. Das ist hoffentlich jemand, der eine Diagnose nicht vorschnell stellt, sondern Ihre Krankheitsdaten sorgfältig aufnimmt. Vielleicht macht er auch einen Labortest, um die Anwesenheit bestimmter Erreger nachzuweisen. Allerdings wird die Diagnose per Labortest durch den Umstand, dass Hunderte von verschiedenen Erregertypen als mögliche Ursache von Erkältungskrankheiten im Verdacht stehen, nicht gerade vereinfacht: Was nun, wenn mehrere Erreger nachgewiesen werden können? Dann müsste man – als Schulmediziner – alle diese Erreger gleichzeitig mit den jeweiligen antibakteriellen oder antiviralen Medikamenten bekämpfen.

Um dieses Dilemma zu vermeiden, lassen die meisten Ärzte auch nur auf die „Hauptverdächtigen“ testen. Sobald ein Test positiv anschlägt, beendet man die Suche nach dem Schuldigen. Ganz nach dem Motto: „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.“ Vielleicht reicht Ihnen dies ja als Patient – Sie können nun Ihrem Arbeitgeber einen gelben Zettel vorlegen und mit einer Schachtel bunter Pillen nach Hause gehen.

Doch wenn Ihnen Ihre nachhaltige Gesundheit am Herzen liegt, sind Sie mit einem schnellen Diagnosestempel sicherlich nicht so einfach



Atemwegserkrankungen können die unterschiedlichsten Ursachen haben. Die Diagnose erfordert auch bei positiven Erregertests eine sorgfältige Anamnese.

zufrieden zu stellen. Tatsächlich ist die Ursachenforschung etwas komplexer. Denn Erkältungssymptome können auch ganz andere Ursachen haben. Als da wären:

Psychosomatische Ursachen: Es gibt eine ganze Reihe von ganzheitlich orientierten Autoren, die einen Zusammenhang zwischen Krankheitssymptomen und psychischen bzw. seelischen Ursachen herstellen, z. B. Louise L. Hay, Dr. Rüdiger Dahlke oder Dr. Geerd Ryke Hamer. Doch auch die Schulmedizin kennt diese Zusammenhänge: Die sogenannte Psychoneuroimmunologie, ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes interdisziplinäres Wissenschaftsgebiet, untersucht speziell die Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und dem Immunsystem. Wenn es Ihnen also darum geht, nachhaltig gesund zu werden, sollten Sie einen Arzt auswählen, der auf solche mögliche Zusammenhänge achtet.

Vergiftungen: Eine weitere mögliche Ursache für Atemwegserkrankungen stellen Vergiftungen dar, z. B. durch Pestizide wie DDT und andere. Solche Symptome können vor allem in der Anfangsphase einer Vergif-

tung auftreten. Zu den Vergiftungen ist auch die Luftverschmutzung zu zählen. Die Symptome einer Kohlenmonoxid-Vergiftung können leicht mit einer Influenza verwechselt werden. Tatsächlich scheint bei einer ganzen Reihe von angeblichen Schweinegrippe-Ausbrüchen in den USA ein bemerkenswerter Zusammenhang mit Luftverschmutzung zu bestehen.¹

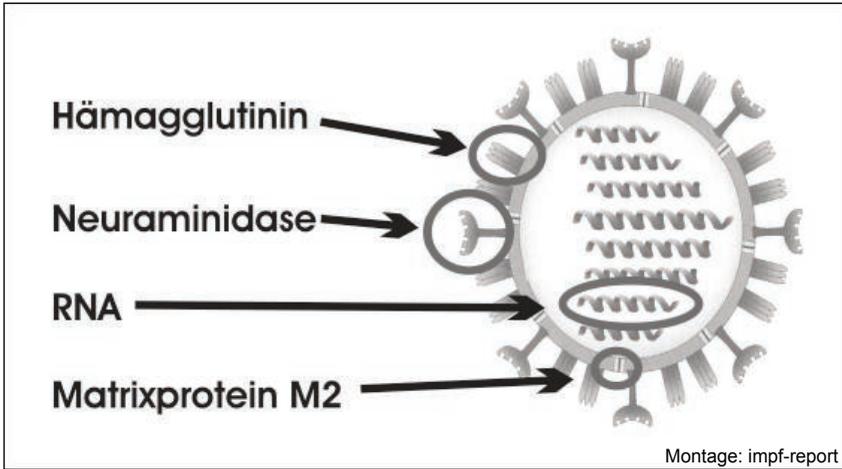
Allgemeine Schwäche: Des weiteren kann auch eine individuelle oder durch die Umwelt bedingte Empfänglichkeit bzw. Vorbelastung vorliegen, die den Organismus so schwächt, dass er mit zusätzlichen Stressfaktoren nicht mehr angemessen umgehen kann. Zu erwähnen wäre z. B. der Armutsfaktor. Bei Menschen, die hungern, über kein sauberes Wasser verfügen, kein Dach über dem Kopf haben und mit täglichen Existenzängsten leben müssen, verlaufen Infektionskrankheiten bekanntermaßen schwerer als bei relativ Wohlhabenden.

Somit ist es auch kein Wunder, wenn in Mexiko die vermeintlichen Schweinegrippe-Fälle wesentlich schwerer verlaufen als in den USA. Umso verwunderlicher, dass dieser deutlich schwerere Verlauf den Virologen der US-Seuchenbehörde heftige Rätsel aufzugeben scheint (siehe weiter hinten in diesem Kapitel). Es ist also nicht damit getan, dass Ihr Arzt sich *einen* dieser völlig unterschiedlichen Faktoren herauspicks und seine Behandlung allein darauf abstimmt. Wenn mehrere Faktoren zusammenspielen (und das ist aus Sicht des gesunden Menschenverstandes wohl eher die Regel als die Ausnahme), dann muss er diese auch berücksichtigen – allein schon deshalb, weil sie ihm Flexibilität bei seinem therapeutischen Vorgehen geben.

Der Alltag in der Arztpraxis

In der „normalen“ Arztpraxis kann jedoch von einer umfassenden Anamnese und Berücksichtigung aller in Frage kommenden Ursachen nicht die Rede sein. Statt dessen wird ein regelrechter Tunnelblick auf Infektionen gepflegt. In der Regel geht der Arzt von einem Anfangsverdacht aus. Dieser besteht entweder aus der aktuellen Modediagnose (z. B. Schweinegrippe) oder einer bestimmten Diagnose, die dem Arzt gerade in den Sinn kommt, z. B. weil er kürzlich in einer Pharmazeitschrift davon gelesen hat oder Kollegen davon sprachen.

Der Ausgangsverdacht bestimmt den Auftrag an das untersuchende Labor. Verlaufen die Tests negativ, wird also der gesuchte Erreger nicht gefunden, muß der Arzt, der eine ganzheitliche Anamnese nicht gewohnt ist, entweder die Diagnose auf Verdacht stellen oder weitere



Die Zusammensetzung des Influenzavirus: Typisch für die Hülle sind die Proteine Hämagglutinin, Neuraminidase und M2. Im Innern der Hülle befindet sich die RNA, einsträngiges Erbgut. Vom Hämagglutinin sind 16 und von der Neuraminidase neun verschiedene Untertypen bekannt. Die Bezeichnung „H1N1“ bedeutet also nichts anderes als „Hämagglutinin vom Typ 1“ und „Neuraminidase vom Typ 1“. Entsprechend verhält es sich mit den anderen Influenza A-Viren, z. B. H5N1 und H3N2.

Untersuchungen veranlassen. Bei der enormen Auswahl an Bakterien und Viren ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass irgendwann einer der Tests anschlägt. Doch das hat im Grunde nichts zu bedeuten, denn eine Infektion mit einem Erreger bedeutet auch aus schulmedizinischer Sicht nicht, dass der infizierte Organismus auch krank wird. Tatsächlich erkrankt oft nur ein Bruchteil der Infizierten. Noch ein Grund mehr, eine sehr sorgfältige Anamnese vorzunehmen.

Doch die Prüfung von nichtinfektiösen Ursachen steht bei der Differenzialdiagnose regelmäßig ganz am Ende der Liste – sofern sie überhaupt erwähnt werden: Auf der Webseite des Robert-Koch-Instituts (RKI), der Bundesseuchenbehörde, kommt das Wort „Differenzialdiagnose“ im Zusammenhang mit Influenza nicht ein einziges Mal vor.² – im Grunde ist das ein Skandal ersten Ranges. Der Patient, der im Sprechzimmer eines Arztes sitzt, der auf die offizielle Lehrmeinung vertraut, kann demnach von diesem nicht in seiner Ganzheit wahrgenommen werden: Der Tunnelblick durch ein enges Rohr bietet nun mal keinen weiten Horizont.

Dementsprechend sieht die schulmedizinische Therapie bei der Diagnose „Influenza“ aus: Nicht die Stärkung des Organismus als Ganzes,

sondern die Verabreichung von starken Giften mit der Begründung, Erreger vernichten zu müssen, steht im Mittelpunkt der Behandlung. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente können dann durchaus schwere Komplikationen im Verlauf der Erkrankung verursachen oder, wie z. B. TAMIFLU, sogar selbst Grippesymptome hervorrufen.

Wenn der Körper, konfrontiert mit giftigen Substanzen, nun plötzlich seine Prioritäten ändert und deshalb die Grippesymptome kurzfristig verschwinden, feiert die gleiche kurzsichtige Medizin dies sofort als Sieg. Ob ein Mensch wirklich von der Behandlung profitiert, zeigt sich jedoch erst mittel- und langfristig. Doch so lange laufen die Zulassungsstudien von TAMIFLU & Co. normalerweise gar nicht. Diese ganze Problematik im Zusammenhang mit Diagnose und Behandlung lässt sich 1 : 1 auch auf die sogenannte Schweinegrippe übertragen.

Subtypen – Die vielfältige Einfalt der Mikrobenjäger

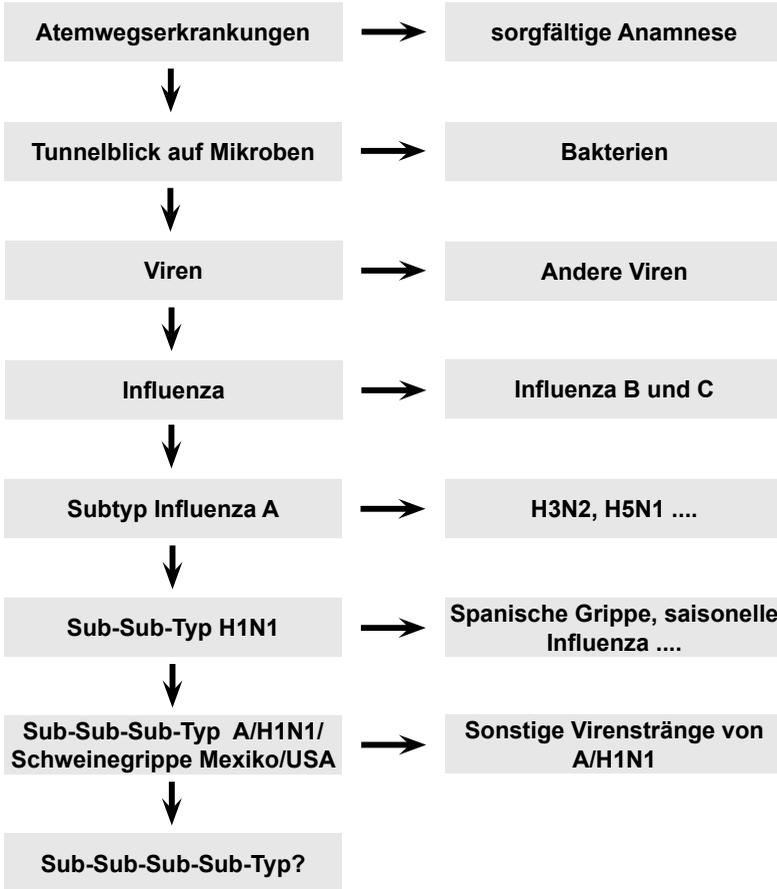
Der Tunnelblick der Mikrobenjäger treibt jedes Jahr neue Blüten: Vor etwa hundert Jahren hatte man nur wenige Bakterien bei Grippesymptomen im Verdacht. Doch wo man keine Bakterien fand, ging man später einfach davon aus, es müsse sich um noch viel kleinere (und deshalb damals leider noch nicht darstellbare) Viren handeln. So wurde das Influenzavirus „geboren“. Für Jahrzehnte war seine Existenz reine Hypothese, denn gesehen hatte es bis dahin niemand. Erst im Jahre 1939 ging das Elektronenmikroskop, mit dem man erstmals Viren optisch darstellen konnte, bei Siemens in Serie.

In der Praxis sah die Entdeckung neuer Subtypen so aus: Immer dann, wenn das vermeintliche Virus die Erwartungen der Virologen nicht erfüllte, musste dafür reflexartig eine vermeintliche Mutation oder eine bisher unbekannte Variante dieses Virus herhalten. Dies wurde dann mit fragwürdigen Experimenten „bewiesen“. So entstand die Unterscheidung zwischen den Subtypen A, B und C. Und danach die Unterscheidung der Influenza A-Typen in bis zu 144 Sub-Sub-Typen, die sich aus Variationen der Virus-Oberflächenproteine Hämagglutinin und Neuraminidase ergaben. Denn beim Hämagglutinin unterschied man mit der Zeit 16 Untertypen und bei der die Neuraminidase 9 Untertypen bzw. Variationen.

Jedes Virus ein Individuum?

Doch dies ist noch lange nicht das Ende der Fahnenstange: Jeder dieser Sub-Sub-Typen, z. B. A/H1N1, kann sich – wenn der Virologe es nur will und die Nachweisverfahren fein genug sind – in unzählige Sub-Sub-

Jedes Virus ein Individuum?



Grafik: impf-report

Statt für eine sorgfältige Anamnese unter Einbeziehung aller bekannten verursachenden Faktoren hat sich die offizielle Medizin für einen regelrechten Tunnelblick auf die Mikroben entschieden. Kommt man mit dieser verengten Sichtweise bei Diagnose, Behandlung oder Impfaktionen in Argumentationsschwierigkeiten, wird der Blick nicht etwa auf die anderen möglichen Faktoren erweitert, sondern die Ursache in immer kleineren Unterschieden zwischen den einzelnen vermeintlichen Viren gesucht, wie in der Grafik dargestellt.

Sub-Typen unterteilen. Je mehr Zeit verstreicht, desto feiner werden die Nachweismethoden und desto mehr Subtypen finden die Virologen – und desto mehr Impfungen gegen immer mehr Variationen sind angeblich notwendig. Eine Entwicklung, die den Interessen der Impfstoffhersteller natürlich sehr entgegenkommt.

Wo wird diese Entwicklung enden? Zwangsläufig bei der Erkenntnis, dass jedes einzelne Virus ein „Individuum“, also einzigartig ist und sich auf molekularer oder atomarer oder subatomarer Ebene irgendwie von allen anderen herumschwirrenden Viren unterscheidet. Doch wie wollen Sie dann noch einen Labortest auf einen bestimmten Virustyp eichen und gegen dieses individuelle Virus impfen? Spätestens hier wird die ganze Angelegenheit zu einer Groteske.

Augen zu und durch:

Die Vorteile der schulmedizinischen Sichtweise

Dass sich diese Sichtweise und Art des Umgangs mit Atemwegserkrankungen über die Jahrzehnte hinweg halten konnte, hat damit zu tun, dass sie allen Beteiligten Vorteile bietet:

1. **Für Patienten:** Sie können die Verantwortung für die Erkrankung ganz an den Arzt abgeben und müssen ihren Lebensstil – z. B. die Ernährung – nicht ändern.
2. **Für Virologen:** Ihnen bietet der Tunnelblick nicht nur Arbeit und Brot in Form von Forschungsaufträgen, sondern auch Aussichten auf Karriere, Ansehen und Ruhm. Vielleicht sogar einen Nobelpreis, wer weiß? Außerdem kann man immer eine vermeintliche „Virusmutation“ aus dem Hut zaubern, wenn ein antivirales Medikament oder ein Impfstoff zu offensichtlich versagt.
3. **Für die Industrie:** Hersteller von Medikamenten und Impfstoffen profitieren natürlich ganz besonders, wie die jährlich steigenden Gewinne trotz allgemeiner Rezession beweisen.
4. **Für Politiker:** Ihnen bietet jede neue Pandemie eine gute Gelegenheit, sich zu profilieren. Außerdem werden sie dann von den Pharma-Lobbyisten ganz besonders umworben, was finanzielle Vorteile mit sich bringt.

Wie weit wir uns bei der Suche nach der Wahrheit hinter der Schweinegrippe-Panikmache vorwagen, hängt somit auch ein gutes Stück von unserer Fähigkeit zur kritischen Selbstbetrachtung ab.

Woran erkennt man eigentlich eine Epidemie?

Wenn wir uns eine Meinung darüber bilden wollen, wie die angebliche Schweinegrippe-Pandemie einzuschätzen ist, ist es hilfreich, sich Kriterien zu überlegen, wie z. B. die folgenden:

1. Eine ungewöhnliche Häufung von schweren Fällen
2. Eine ungewöhnliche Häufung von Todesfällen
3. Eine ungewöhnlich leichte Ansteckung
4. Eine kettenreaktionsartige Verbreitung
5. Fallzahlen, die deutlich über dem normalen „*Influenza-Grundrauschen*“ liegen

Influenza-Grundrauschen

Was meine ich mit „*Influenza-Grundrauschen*“? Laut der Weltgesundheitsbehörde WHO erkranken weltweit jährlich bis zu 1 Milliarde Menschen an Influenza, darunter bis zu 5 Millionen Menschen schwer. Davon sterben laut WHO bis zu 500.000 Menschen. Nach Ansicht der WHO stirbt auf diesem Planeten also fast jede Minute ein Mensch an Influenza. Seit Sie begonnen haben, dieses Buch zu lesen, sind rein statistisch gesehen Dutzende an der Virusgrippe verstorben. Und das, ohne dass man von einer Pandemie spricht!

In den USA erkranken laut der US-Seuchenbehörde CDC jährlich bis zu 60 Millionen Menschen, darunter bis zu 200.000 schwere Erkrankungen und ca. 36.000 Todesfälle. Dies bedeutet im Jahresdurchschnitt täglich 165.000 Neuerkrankungen, darunter bis zu 550 schwere Erkrankungen und bis zu 98 Todesfälle. Das wäre für die USA ein Todesfall alle 15 Minuten. Und das, ohne dass man von einer Pandemie spricht!

In Deutschland waren es in der Wintersaison 2002/2003 dem RKI zufolge 5 Millionen Infizierte und bis zu 20.000 Todesfälle. In Deutschland ist, falls diese offiziellen Zahlen zutreffen, demnach durchschnittlich alle 30 Minuten ein Todesfall aufgetreten. Und das, ohne dass man von einer Pandemie spricht!

Interessant wäre nun natürlich, welches „*Influenza-Grundrauschen*“ in Mexiko vorliegt, dem angeblichen Ursprungsland der Pandemie. Denn dann könnte man vergleichen, ob sich die Erkrankungs- und Sterberaten aufgrund von Atemwegserkrankungen spürbar erhöht haben. Doch leider liegen solche Statistiken aus Mexiko nicht vor.

Dieses Influenza-Grundrauschen betrifft natürlich sämtliche Influenza-Subtypen. Ein wesentliches Kennzeichen einer wirklich besorgniser-

regenden pandemischen Entwicklung muss logischerweise eine mess- und nachvollziehbare Steigerung dieses Grundrauschens sein. Denn sonst wäre die Pandemie nicht mehr als ein Sturm im Wasserglas und das mediale oder gar staatliche Kesseltreiben gegen Impfverweigerer völliger Nonsens.

Eine Labortest-Pandemie als Vorspiel

In den letzten Jahren wurde das Influenza-Screening in den Ländern, die es sich leisten konnten, kontinuierlich verstärkt. Dies gilt auch und insbesondere für die USA. Die Influenza-Saison 2008/2009 stellte in dieser Hinsicht noch eine weitere Steigerung dar. Noch nie wurde so intensiv nach Influenzaviren geforscht – und ein Ende dieser Entwicklung ist nicht absehbar.

Ein ganz besonderer Schwerpunkt der Bemühungen auf US-amerikanischem Boden lag und liegt interessanterweise auf dem Grenzgebiet zu Mexiko. Darüber hinaus erging im Jahr 2009 an alle US-Labore die Anweisung, jede Blutprobe, deren Sub-Sub-Typ nicht genau bestimmt werden konnte, an die US-Seuchenbehörde CDC zur genauen Bestimmung einzuschicken.

Beispiel: Man findet in einem Patienten per Labortest ein H1N1-Virus. Nun gibt es nach Ansicht der Virologen zahlreiche Subtypen von H1N1. Konnte dieser nicht bestimmt werden, so hat man es bisher dabei belassen. Jetzt aber besteht die Pflicht, solche Proben zu melden und einzuschicken.

Warum die Labortests fragwürdig sind

Wie wir bereits festgestellt haben, ist die Aussagekraft dieser Labortests zweifelhaft:

1. In unseren Körpern befindet sich ständig ein Vielfaches an Bakterien und Viren gegenüber der Anzahl unserer eigenen Körperzellen. Pasteur und Koch, die Begründer der Infektionshypothese, glaubten vor 130 Jahren noch an die Sterilität des menschlichen Organismus.
2. Unsere eigenen Körperzellen sind in der Lage, als Reaktion auf Stressfaktoren von sich aus Viren auszustoßen – die sogenannten *endogenen Viren*. Dies bedeutet, dass ein positiver Virentest nicht unbedingt etwas über die Krankheitsursache aussagen muss.

3. Das Genom von Viren und das menschliche Genom sind zumindest teilweise identisch. Einen Teil der menschlichen Gene findet man also auch in Viren wieder. Fachleute sprechen von ca. 8 Prozent übereinstimmender DNA. Die sogenannten PCR-Tests sind zwar in der Lage, spezifische Gensequenzen nachzuweisen, doch woher will man wissen, dass dieses Erbgut *von außen* in unseren Körper eingedrungen ist?
4. Um mit Sicherheit belegen zu können, dass eine bestimmte Gensequenz bei einem bestimmten Virussubtyp einzigartig ist, also nur bei diesem einen Virussubtyp vorkommt, muss man dieses Virus zunächst hochaufgereinigt isolieren, also von allen Fremdpartikeln trennen. Dies ist die Voraussetzung dafür, seine Zusammensetzung eindeutig bestimmen zu können. Diese Hochaufreinigung wurde meines Wissens bisher bei keinem Influenzavirus vorgenommen.
5. Doch selbst wenn man dem PCR-Test Glauben schenkt: Es gibt kein Influenzavirus, das nur in Kranken vorkommt und nicht in Gesunden (erstes Kochsches Postulat). Somit hat ein positiver Labortest – wenn überhaupt – nur eine eingeschränkte Bedeutung. Die Behauptung, ein testpositiver Gesunder sei ein „Virusüberträger“, ist reine Hypothese. Ein Experiment, das den wissenschaftlichen Beweis dafür liefert, dass ein gesunder „Testpositiver“ jemals die Krankheit übertragen hätte, kenne ich nicht (siehe dazu auch die im Kapitel „Spanische Grippe“ beschriebenen Ansteckungsexperimente aus dem Jahr 1918).
6. Auch das zweite Koch'sche Postulat, der Beweis der Vermehrbarkeit eines spezifischen Erregers, wurde bisher beim Influenzavirus nicht erfüllt. Ganz einfach deswegen, weil es niemals in Reinkultur, also hochaufgereinigt, vorlag. Bei allen bisherigen Vermehrungsexperimenten bleibt deshalb die Frage offen: Hat man nur das spezielle Virus – oder aber auch Verunreinigungen (z. B. andere Viren) vermehrt?
7. Zur endgültigen Beweisführung, dass ein bestimmter Erreger die Ursache von Krankheiten darstellt, verlangt das dritte Kochsche Postulat ein Ansteckungsexperiment. Dieses hat man auch tatsächlich 1918 während der angeblich schlimmsten H1N1-Epidemie aller Zeiten, der sogenannten

„Spanischen Grippe“, in den USA durchgeführt: Freiwillige mussten sich unter anderem an das Bett von Sterbenden setzen und sich 5 Minuten lang ins Gesicht husten lassen. Zur Überraschung der Forscher wurde keine einzige Testperson krank. Somit fehlt im Grunde jeder Beweis für die Pathogenität (krankmachende Eigenschaft) des Influenzavirus – und die Voraussetzung dafür, den Testergebnissen irgendeine Aufmerksamkeit zu schenken.

Um den Medizinjournalisten Michael Leitner zu zitieren: *„Wo man mit einem ungeeichten Test sucht, findet man. Wo man viel sucht, findet man auch viel.“* Und wo wir viel suchen, haben wir womöglich plötzlich eine „Epidemie“, bestehend aus (vorwiegend gesunden!) „Testpositiven“ eines bestimmten Influenza-Sub-Sub-Subtyps.

Auftakt der Seuchen-Erfinder in chronologischer Reihenfolge

Um hinter den Vorhang aus Scheinwahrheiten blicken zu können, beginne ich bei meinen Recherchen üblicherweise damit, die entsprechenden Pressemeldungen und Publikationen chronologisch, also in ihrer zeitlichen Reihenfolge, zu sortieren und dann den vermeintlichen Erkenntniszuwachs der Experten systematisch zu analysieren. Gerade bei der „Schweinegrippe“ ist diese Vorgehensweise sehr erhellend:

Anfang 2009

In den USA wird das Influenza-Screening im Rahmen der Pandemie-Vorsorge enorm intensiviert. Insbesondere an der Grenze zu Mexiko laufen Studien zur Feststellung der genauen Influenza-Sub-Sub-Typen.

19. Februar 2009

Mitglieder der Obama-Administration und des US-Kongresses treffen sich in Genf mit Keiji Fukuda. Fukuda ist der Influenza-Experte der WHO und war vorher beim CDC für Influenza zuständig. Er war bereits an der Vogelgrippe- und der SARS-Kampagne der WHO maßgeblich beteiligt. Kritiker sehen ihn als Lobbyisten der Pharmaindustrie an. Kurz nach diesem Treffen wird Fukuda zum Vizedirektor der WHO berufen.³

Februar 2009

Die WHO verabschiedet still, heimlich und leise einen überarbeiteten Pandemieplan, an dem bereits seit 2007 gearbeitet wird. Die Streichung des Kriteriums *„viele schwere Verläufe und Todesfälle“* wird weder im

Dokument selbst noch in weiteren Publikationen transparent dargestellt. Auf spätere Fragen während der Pressekonferenzen antwortet man ausweichend. Pressemeldungen zur Neufassung des Pandemieplans, an der zahlreiche interne wie auch externe Experten mitgearbeitet haben, findet man auf der WHO-Webseite ebenfalls nicht.

März 2009

Sanofi-Pasteur, einer der Global Player des Impfstoff-Marktes, vereinbart mit der mexikanischen Regierung den Bau einer Fabrik für Influenza-Impfstoffe für 100 Millionen Euro.

Mitte März 2009

In Mexiko treten laut dem mexikanischen Gesundheitsministerium vermehrt Todesfälle mit grippeähnlichen Symptomen auf. Ein Vergleich mit dem davor liegenden Zeitraum ist jedoch nicht möglich, denn die veröffentlichten Statistiken beginnen erst mit dem 11. März. Die veröffentlichten Fallzahlen bleiben bis einschließlich 15. März zunächst bei Null. Es ist also durchaus möglich, dass in Mexiko überhaupt erst am 16. März mit der Zählung von Atemwegserkrankungen begonnen wurde und von dem Zeitraum davor gar keine Daten vorliegen. Sehr interessant finde ich den bestehenden zeitlichen Zusammenhang mit den Plänen von Sanofi Pasteur für eine Influenza-Impfstoff-Fabrik in Mexiko.

28. März 2009

Ein neunjähriges Mädchen aus dem südkalifornischen Distrikt Imperial County, etwa 20 km von der mexikanischen Grenze entfernt, erkrankt an Husten und Fieber (40,2 °C) und wird von ihren Eltern in die Ambulanz einer Klinik gebracht. Man behandelt sie mit Antibiotika und Antihistaminika. Da die Klinik an einem der Influenza-Überwachungsprogramme teilnimmt, werden Proben entnommen und am medizinischen Forschungszentrum der US-Marine in San Diego auf Influenza getestet. Dort stellt man ein „*untypisches Influenza A Virus*“ fest. Untypisch bedeutet, dass man keine DNA-Sequenzen finden konnte, die man bereits bekannten Influenza A-Sub-Sub-Typen hätte zuordnen können. Das Forschungszentrum leitet die Probe deshalb weisungsgemäß an das CDC, die US-Seuchenbehörde, weiter.

30. März 2009

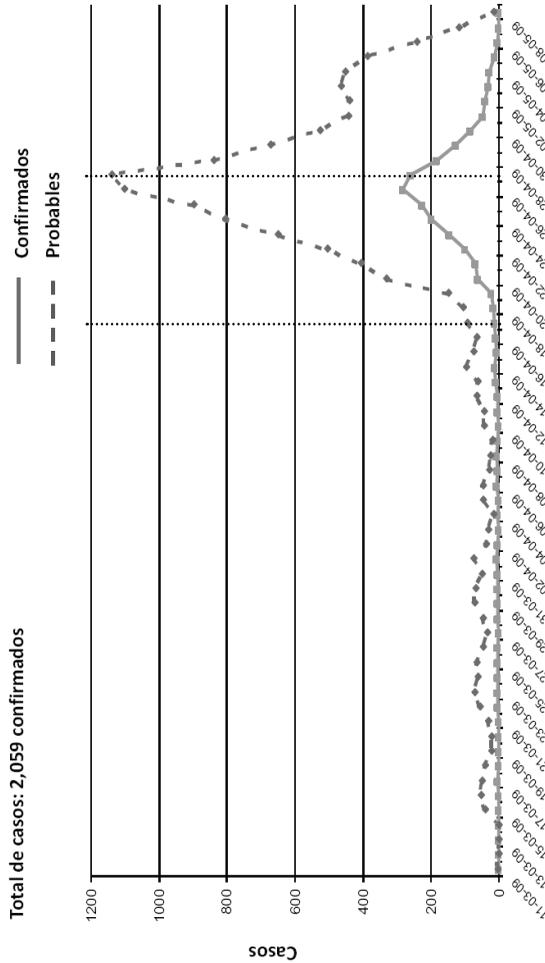
Ein zehnjähriger Junge aus dem südkalifornischen Bezirk San Diego County erkrankt an Fieber, Husten und Übelkeit und wird von seinen Eltern in eine Kinderambulanz gebracht. Dort erhält er eine „*symptoma-*

Quelle: <http://www.presidencia.gob.mx> Stand vom 11. Mai 2009
(die beiden senkrechten Punkt-Linien wurden hinzugefügt)



SALUD

Se observa una tendencia descendente en el comportamiento de la epidemia en los últimos días



Die mexikanische Statistik der „möglichen“ (gestrichelte Linie) und „bestätigten“ (durchgezogene Linie) Influenza-Fälle beginnt erst am 11. März 2009 und bewegt sich erst ab dem 15. März von der Null-Linie weg nach oben. Die entscheidende Steigerung beginnt ausgerechnet am Tag nach dem Obama-Besuch in Mexiko und hat ihren Höhepunkt am 28. April. Danach gehen die Fälle aus unerklärlichen Gründen genauso steil wieder zurück, wie sie vorher anstiegen.

tische“ Behandlung. Zwar gesendet der Junge innerhalb einer Woche wieder (!), jedoch wird auch bei ihm im Rahmen einer Influenza-Studie eine Probe entnommen und untersucht. Man stellt eine Gensequenz fest, die man Influenza A zurechnet. Der Subtyp (z. B. „H1N1“) läßt sich jedoch nicht definieren. Die Gesundheitsbehörde von San Diego wird benachrichtigt und wie vorgeschrieben wird die Probe für weitere Bestätigungstests an Referenzlabore geschickt, wo sie dann als „*unbekannter H1N1-Strang*“ klassifiziert wird. Die Probe wird daraufhin an das CDC weitergeleitet.

14. April 2009

Beim CDC treffen die beiden – nicht eindeutig klassifizierbaren – H1N1-positiven Proben aus Südkalifornien ein und werden dort noch genauer untersucht. Beide Kinder sind jedoch schon wieder gesund, ebenso einige weitere erkrankte Angehörige! **Zwischenbilanz: Bis jetzt keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!**

16./17. April 2009

US-Präsident Obama besucht Mexiko, um mit der dortigen Regierung über die Stationierung von US-Soldaten zu verhandeln, die gegen die Drogenbarone Mexikos vorgehen sollen. Dieser Besuch ist vor allem deshalb interessant, weil am Tag nach dem Besuch die Influenza-Fallzahlen in Mexiko rapide ansteigen. War der Präsidenten-Flieger etwa voller Influenza-Viren? Das Ereignis ist auch deshalb bemerkenswert, weil ausgerechnet am Tag einer – mit dieser Stationierung ausländischer Truppen im Zusammenhang stehenden – Gesetzesänderung von der mexikanischen Regierung der Seuchennotstand ausgerufen wurde (am 23. April 2009).

17. April 2009

Das CDC findet in beiden Blutproben aus Südkalifornien schließlich eine Gensequenz, die nach Recherchen in der weltweiten Gendatenbank GISAID mit dem Virus der Schweine-Influenza in Verbindung gebracht werden kann. Ab sofort spricht man von der Schweinegrippe.

Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!

21. April 2009

Erste Veröffentlichung des CDC über die beiden „ungewöhnlichen“ Proben aus Südkalifornien und dem „schweinishen“ Gensequenzbefund. Bei beiden Kindern sind jedoch keinerlei Kontakte zu Schweinen nach-



Ungelöstes Rätsel: Von 56 Todesfällen sind 82,1 % zwischen 20 und 54 Jahre alt. Warum sind in Mexiko in erster Linie jüngere Erwachsene von der sogenannten Schweinegrippe betroffen und nicht die Kinder und Senioren, wie bei normalen Grippewellen üblich?

weisbar. Sie hatten auch untereinander keinerlei Kontakt – immerhin leben sie nicht weniger als 200 km voneinander entfernt. Keine ungewöhnlich schweren Verläufe, auch nicht bei den Angehörigen. Alle sind schon wieder gesund. Weitere Ansteckungen sind nicht bekannt, schon gar keine schneeballartige Ausbreitung, was ja typisch für eine echte Epidemie wäre.

Das CDC erklärt in seinem Bericht, dass man sich jetzt auf eine „aggressive Suche“ nach Kontaktpersonen machen werde, um herauszufinden, ob es sich hier möglicherweise um das lang erwartete Pandemievirus handelt (Kommentar: „Wer sucht, der findet auch...“). Der Umstand, dass beide betroffenen Kinder aus Südkalifornien jeweils nur etwa 20 km von der mexikanischen Grenze entfernt wohnen, rückt sofort Mexiko in den Fokus der Virenjäger. **Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!**

23. April 2009

Zweite Veröffentlichung des CDC. Es gibt jetzt sieben „bestätigte“ Fälle. Das sei bei der intensiven Suche, die man gestartet habe, nicht überraschend (Kommentar: „Wer sucht...“). „Bestätigt“ heißt hier paradoxerweise, dass man den H1N1-Sub-Sub-Typ nicht genau bestimmen kann, gleichzeitig jedoch eine Gensequenz in der Probe findet, die in der zentralen GISAID-Gendatenbank einen Verweis zum Schweineinfluenzavirus enthält.

Alle Verläufe sind mild, die Grippe-symptome im Rahmen des Normalen. Sämtliche Erkrankte sind auch schon wieder gesund, ein einziger Fall war in der Klinik. Die Erkrankten hatten keinen Kontakt untereinander und auch keine Kontakte zu Schweinen. Die nachgewiesenen Genome der Fälle seien sich „ähnlich“ („similar“), so das CDC. Davon, dass es identische Gensequenzen sein sollen, dass es sich also um exakt den gleichen Virustyp handelt, ist bisher nicht die Rede. Die gemeinsamen Gensequenzen, die man gefunden hat, kennt man – laut Datenbank – im Zusammenhang mit folgenden Viren:

1. Nordamerikanisches Schweine-Influenza-Virus
2. Nordamerikanisches Vogel-Influenza-Virus
3. Humanes Influenza-Virus
4. Eurasisches Schweine-Influenza-Virus

Mexiko beschließt an diesem Tag ein umstrittenes Gesetz zur Erweiterung der Vollmachten der Bundespolizei. Gleichzeitig wird wegen der angeblichen Grippetodesfälle der Ausnahmezustand ausgerufen. Nun, wer sich aus Angst vor Influenza nicht auf die Straße traut, kann natürlich auch nicht gegen neue Gesetze demonstrieren. Von Differenzialdiagnosen – z. B. Atemwegserkrankungen als Folge der Luftverschmutzung – ist keine Rede. Dabei ist Mexiko City, wo die meisten Fälle auftreten, aufgrund der Armut der Bevölkerung und der hohen Luftverschmutzung geradezu prädestiniert für Atemwegserkrankungen!

Der steile Anstieg der Atemwegserkrankungen ab dem 18. April könnte natürlich mit einer tatsächlichen Infektionswelle zusammenhängen. Eine derartige Zunahme der erfassten Fälle kann jedoch genauso gut durch eine einfache Veränderung der Erfassungskriterien und der Falldefinitionen erreicht werden. **Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!**

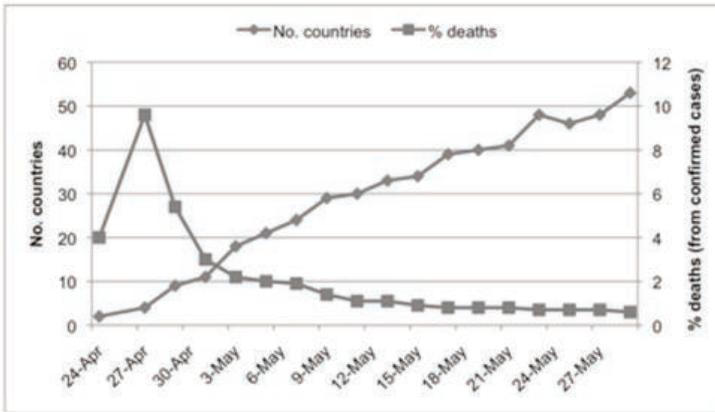


Figure 1. The relationship between the number of countries in which confirmed cases of new influenza A(H1N1) cases have occurred and the percentage of related deaths (data derived from the WHO updates: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/updates/en/index.html>).

Quelle: <http://www.anhcampaign.org/news/swine-flu-how-proportionate-is-the-pandemic-response>

Schwächt sich die Schweinegrippe von allein ab? Je mehr Länder Todesfälle meldeten (steigende Kurve), desto geringer wurde der Anteil der Todesfälle an den Gesamterkrankungen (fallende Kurve).

24. April 2009

Das CDC meldet jetzt 8 Fälle in den USA. Die Erkrankten, so heißt es, hatten weder untereinander noch zu Schweinen Kontakte. Die Verläufe seien mild, die meisten Patienten seien auch schon wieder gesund. Bei 14 aus Mexiko stammenden Patientenproben seien sieben ebenfalls „testpositiv“ gewesen. Auch hier heißt es, die Genome der Proben seien sich „ähnlich“. Davon, dass die Viren aus Südkalifornien und aus Mexiko „identisch“ sein sollen, ist keineswegs die Rede. Warum trotz der „Ähnlichkeit“ der Virengenome die Verläufe in Mexiko so viel schwerer zu verlaufen scheinen als in den USA, könne man sich nicht erklären.

Konkrete Fallzahlen aus Mexiko seien dem CDC nicht bekannt. Im Übrigen habe man auch andere Influzaviren gefunden, nicht nur solche vom Typ H1N1.

Mexiko meldet an diesem Tag 45 Todesfälle, darunter 16 mal influenza-bestätigt. Tausend Personen seien mit schweren Grippesymptomen im Krankenhaus. Darunter seien auch Fälle von Schweinegrippe. Dabei beruft man sich auf die Laborergebnisse des CDC: Mexiko hat zu diesem Zeitpunkt noch keine geeignete Laborausstattung, um die genauen Influenza-Subtypen selbst bestimmen zu können und schickt deshalb

die Proben nach Kanada – und zum CDC in die USA. An diesem Tag gibt es die ersten zwei DPA-Meldungen zur angeblichen Schweinegrippe.

Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!

25. April 2009

Das CDC berichtet, es gäbe in den USA bisher keine steigenden Raten bei Atemwegserkrankungen. Alle Fälle seien bisher mild verlaufen, es sei nur eine stationäre Aufnahme erforderlich gewesen. Es sei dem CDC durchaus bekannt, dass es in Mexiko ständig schwere Fälle von Lungenentzündung gebe. Merkwürdig sei, dass in Mexiko hauptsächlich junge Erwachsene betroffen seien. Diese Feststellung ist durchaus bemerkenswert, denn bei einer Influenzawelle sind in der Regel vor allem die Schwachen, d. h. die Kinder und Senioren, betroffen. Warum die Erkrankungen in Mexiko schwerer verlaufen als in den USA, sei dem CDC immer noch ein Rätsel. Eine weitere Schwierigkeit bei der Ursachenklärung sei, dass die Symptome durchaus auch andere Ursachen haben könnten – eine Erkenntnis, die jedoch keine Konsequenzen hat. Die Virenstränge in Mexiko seien „*im wesentlichen*“ mit denen in den USA identisch.

Man kündigt an, derzeit in Entwicklung befindliche neue Testkits demnächst in die ganze Welt zu verschicken. Wie man diese Kits auf das neue Virus geeicht hat, bleibt unklar, denn bisher unterscheiden sie sich ja je nach Ausbruchsort ein wenig. Die übliche Prozedur bei der „Eichung“ eines Tests ist allerdings: Man nimmt eine Gruppe von Patienten, die den neuen Diagnose-Stempel erhalten haben und experimentiert so lange, bis man bei ihnen mit Hilfe des Tests zuverlässig bestimmte Gensequenzen oder Proteine nachweisen kann, die bei Gesunden nicht oder nicht in dieser Konzentration aufzufinden sind. Das Ergebnis sind Labortests, deren Aussagekraft so eingeschränkt ist, wie der Horizont der Virologen, denn in welchem Zusammenhang die festgestellten Moleküle mit der Erkrankung stehen, ist ja keineswegs geklärt.

Es ist schon merkwürdig: Auf der einen Seite ist man bei der Entdeckung angeblicher neuer Viren supergenau und geht auf die kleinste gerade noch messbare molekulare Ebene. Wenn es jedoch um die Genauigkeit der Virentests geht, ist man um einiges großzügiger: Da reicht es, dass die Vireng Genome sich „*ähnlich*“, aber eben nicht wirklich identisch sind.

Das CDC räumt weiter ein, bisher nur auf der Basis von Hypothesen zu arbeiten. Dennoch hat die internationale Pandemie-Panikmache



Zwei in den südkalifornischen Bezirken San Diego County und Imperial County an Grippe erkrankte Kinder, die nicht in das von der US-Seuchenbehörde CDC bevorzugte Schema passten, lösten eine fieberhafte Suche nach einem „neuen Virus“ aus.

längst begonnen: An diesem Tag sind es 19 DPA-Meldungen.

Die WHO meldet sich erstmals zu Wort und gibt völlig überraschend bekannt, das CDC habe das Genom des Schweinegrippevirus vollständig entschlüsselt. Das ist merkwürdig, denn das CDC hat ja bisher immer nur von „ähnlichen“ oder „im wesentlichen identischen“ Viren gesprochen. Entweder sind die Viren identisch und von einer spezifischen Influenza-Unterart – oder sie sind es eben nicht. Warum diese schwammigen Aussagen, wenn man das Genom des vermeintlichen Virus-Bösewichtes doch angeblich schon genauestens und vollständig kennt?

Merkwürdig ist auch, dass diese Bekanntmachung nicht vom CDC selbst kommt. Ist die WHO hier etwa versehentlich zu früh losgepresst? Oder ist dies Teil einer Strategie, die Virushypothese durch die Autorität der WHO möglichst problemlos global durchzusetzen? Jedenfalls ist die vollständige Bestimmung des Genoms eines neuen Virus innerhalb von 10 Tagen neuer Weltrekord. Allerdings ist es völlig unüblich, solche folgenschweren Stellungnahmen zu veröffentlichen, ohne dass es eine

ordentliche Publikation in einer renommierten Zeitschrift gegeben hat und ohne dass andere Institute Gelegenheit hatten, die Ergebnisse zu bestätigen. Statt dessen werden die Behauptungen der US-Seuchenbehörde von der WHO ungeprüft übernommen. Hat das CDC etwa völlige Narrenfreiheit? In anderen naturwissenschaftlichen Bereichen ist eine sorgfältige Prüfung und Bestätigung durch andere Institute eine übliche Prozedur. Beispielsweise dauerte die offizielle Anerkennung des 1996 an einem Darmstädter Institut entdeckten neuen Elements „Coopernicium“ ganze 13 Jahre.⁴ Wissenschaftliche Bestätigungen von neu entdeckten Viren hält die WHO als oberste Gesundheitsbehörde unseres Planeten offensichtlich nicht für notwendig. **Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!**

26. April 2009

Das CDC berichtet von 20 „bestätigten“ Fällen und einer Hospitalisierung. Alle Patienten seien weitgehend ohne Behandlung genesen. Inzwischen seien es 12 testpositive Proben von Erkrankten mit Atemwegssymptomen aus Mexiko. Gleichzeitig wird eingeräumt, es gebe noch keinen hundertprozentigen Test. Wie aber kann man dann bei der Diagnose allein auf eben diese Labortests vertrauen?

Warum in Mexiko hauptsächlich junge Erwachsene betroffen seien, könne man immer noch nicht verstehen. Man äußert sich dagegen sehr erleichtert, dass die Produktionskapazität bei den Influenzaimpfstoffen bereits stark erhöht worden sei. Dies sei eine gute Sache – nur für den Fall, dass es zur Pandemie komme. Es gebe bisher keine Anzeichen dafür, dass industrielle Schweinefarmen die Ursache des Problems sein könnten.

Die USA erklären den nationalen Gesundheitsnotstand. Dies hat u. a. zur Folge, dass die von der Zentralregierung gelagerten Tamiflu-Vorräte jetzt an die 52 Bundesstaaten der USA verteilt werden. Man scheint sich in Washington also ziemlich sicher zu sein, dass die Pandemie kommt. An diesem Tag gibt es 33 DPA-Meldungen zum Thema Schweinegrippe. **Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie in Sicht!**

27. April 2009

Das CDC meldet 40 „bestätigte“ Fälle in den USA. Alle 40 sind wieder gesund. Nur ein dokumentierter Fall von Mensch-zu-Mensch-Übertragung (Vater-Tochter). Man züchte das Wildvirus derzeit auf Hühnereiern, nur für den Fall, dass man einen Impfstoff braucht. US-Präsident Obama fordert 1,5 Mrd. US-Dollar für Medikamente und Impfstoffe. Als

Foto: who.int



Oberste Bekämpferin einer nicht existierenden Seuche: Dr. Margaret Chan, Generaldirektorin der WHO, gab am 11. Juni 2009 die Ausrufung der sechsten und höchsten Pandemiestufe bekannt. Doch die offizielle Begründung ist ein Sammelsurium an Widersprüchen.

ob die Menschen in Mexiko nicht schon genug gebeutelt wären, kommt es zudem noch zu einem Erdbeben. An diesem Tag gehen 75 DPA-Meldungen über die Schweinegrippe über den Ticker.

Die WHO erhöht die Pandemiestufe von 3 auf 4. Auf welcher sachlichen Grundlage dies geschah, ist rätselhaft, denn: **Es gibt immer noch keinerlei Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie.** Es gibt vor allem keinen Hinweis, dass sich das bereits erwähnte „Influenza-Grundrauschen“, das in den USA laut CDC im Durchschnitt täglich 165.000 Neuerkrankungen und ca. 98 Todesfälle mit sich bringt, merklich erhöht hat!

28. April 2009

Die mexikanischen Behörden melden erleichtert, dass die Epidemie wieder am Abklingen sei. Tatsächlich zeigt der Blick auf die Erkrankungsstatistik (siehe Seite 72), dass die Zahl der bestätigten Fälle im Vergleich zum Vortag erstmals zurückgegangen ist. Die Zahl der möglichen Influenzafälle ist allerdings immer noch gestiegen und geht erst am Folgetag zurück. Eigentlich ist es also noch zu früh, von einem Rückgang der Kurven zu sprechen.

Das CDC berichtet von 64 „*bestätigten*“ Fällen in den USA, davon waren 5 Fälle in Spitälern, nur eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Warum die Fälle in Mexiko viel ernster verlaufen als in den USA, ist dem CDC auch an diesem Tag noch nicht bekannt ...

Die neuen Testkits für das Schweinegrippe-Virus werden jetzt vom CDC an alle US-Bundesstaaten ausgeliefert. Das FDA, die zuständige Zulassungsbehörde, habe sich bei den Testkits als „*sehr entgegenkommend*“ gezeigt. Im Klartext bedeutet dies nichts anderes, als dass die neuen Testkits vom FDA ungeprüft durchgewunken wurden. Die Folge: Es werden jetzt Testsysteme in die USA und die ganze Welt verschickt, die von keiner Instanz ordentlich geprüft wurden und von denen niemand mit Sicherheit sagen kann, ob die festgestellten DNA-Sequenzen irgend etwas über den Gesundheitszustand und seine Ursache aussagen. An diesem Tag gibt es 75 DPA-Meldungen über die Schweinegrippe.

Zwischenbilanz: Immer noch keine Anzeichen für eine Epidemie oder Pandemie!

29. April 2009

Weltweit geben Fachleute Entwarnung. Dennoch erhöht – und das ist jetzt wirklich unglaublich – die WHO die Pandemiestufe von vier auf fünf. Medizin-Journalist Michael Leitner formuliert dies so: „*Als international*

immer mehr Forscher die Panikmache zu bremsen versuchten, husteten ihnen Fukuda und Chan quasi die Pandemie-Stufe fünf entgegen.“

Mexiko hat jetzt erstmals ein Speziallabor (geliefert vom CDC) vor Ort und kann das Schweinegrippevirus endlich selbst feststellen. War das CDC von der Entwarnung der mexikanischen Behörden am Vortag etwa derart erschrocken, dass man sofort ein paar Spezialisten mit einem Labor nach Mexiko in Bewegung gesetzt hat?

Der Hersteller Roche meldet einen Bestell-Boom seines Produktes Tamiflu. Delikat: Der Pharmakonzern GILEAD, Lizenzgeber von TAMIFLU, verfügt über exzellente Verbindungen zu US-Regierungskreisen. Ex-Verteidigungsminister Donald Rumsfeld ist einer der Hauptaktionäre bei GILEAD. An diesem Tag sind es 72 DPA-Meldungen zum Thema Schweinegrippe.

30. April 2009

Das CDC spricht nun von 149 „*bestätigten*“ Fällen in den USA, darunter sechs Hospitalisierte und ein Todesfall. Nochmals zum Vergleich: Das *tägliche* Influenza-Grundrauschen in den USA beträgt dem CDC zufolge bis zu 165.000 Neuerkrankungen und bis zu 98 Todesfällen.

Frei nach dem Motto „*heute testen wir in den USA, morgen in der ganzen Welt*“ verschickt das CDC seine neuen Testkits nun weltweit. Die US-Behörden werden von besorgten Anfragen der Bürger überrannt, Telefon- und Email-Hotlines müssen radikal aufgestockt werden. An diesem Tag sind es 74 DPA-Meldungen zum Thema Schweinegrippe.

Anzeichen für eine Erhöhung des Influenza-Grundrauschens sucht man allerdings immer noch vergebens!

4. Mai 2009

Auf der WHO-Webseite wird die Pandemie-Definition „*enormous numbers of deaths and illness*“ abgeschwächt auf „*An influenza pandemic may occur when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity.*“ Damit ist die Voraussetzung einer großen Anzahl von schweren Verläufen und Todesfällen für die Ausrufung einer Pandemie entfallen. (Bull World Health Organ 2011;89:532–538)

11. Juni 2009

Die WHO ruft die Pandemiestufe 6 aus. Begründung: 30.000 Fälle in 74 Ländern. Aber: „*Die überwältigende Mehrheit der Patienten erleidet nur milde Symptome.*“ „*Die Zahl der Todesfälle ist weltweit gering.*“ „*Wir erwarten keine plötzlichen und dramatischen Sprünge bei der Anzahl*

der schweren und tödlichen Infektionen.“ „Viele, wenn auch nicht alle schweren Fälle traten bei Personen mit bereits vorliegenden chronischen Erkrankungen, insbesondere mit Atemwegsbeschwerden, auf.“ „Das Virus wird hauptsächlich in reicheren Ländern mit intensiver PCR-Überwachung festgestellt.“

Weitere Begründung für die Erhöhung der Pandemiestufe: „Das weltweit verbreitete Virus kann jederzeit zu einem tödlichen Monster mutieren.“ „Wenn das Virus ärmere Länder erreicht, wird der Verlauf wesentlich schwerer sein.“

Margaret Chan, die Generaldirektorin der WHO, widerspricht sich in ihrer Erklärung zur Erhöhung der Pandemiestufe, aus der obige Zitate stammen, also gleich mehrmals. Auf der einen Seite hat man Angst, dass das Virus jederzeit zu einem tödlichen Monster mutieren könne, andererseits hält man das für sehr unwahrscheinlich. Im Grunde ist die Mutationswahrscheinlichkeit bei den Hunderten von Influenzasubtypen, von denen die Virenjäger bisher offiziell wissen, auch nicht höher oder geringer als beim neuentdeckten „Schweinegrippevirus“.

Es gibt auch am 11. Juni 2009 nicht den geringsten Anlass, von einer Epidemie oder gar Pandemie auszugehen. Den angeblichen 30.000 weltweiten Pandemie-Fällen innerhalb von zwei Monaten stehen durchschnittlich 2,7 Millionen *tägliche* Neuerkrankungen durch die ganz normale saisonale Virusgrippe gegenüber!

Heimliche Änderung der Pandemie-Kriterien

Um die Pandemiestufe 6 ausrufen zu können, hatte die WHO im April bzw. Anfang Mai eigens das Kriterium „schwerer Verlauf“ für diese Stufe gestrichen. Dies behauptet zumindest der renommierte Wissenschaftler und Kritiker der Influenza-Impfung Tom Jefferson.⁸ Tatsächlich wird die WHO-Spitze auf den Pressekonferenzen mehrmals gefragt, was genau man denn an den Kriterien geändert habe. Man weicht jedoch einer klaren Antwort aus. Möchte man die Tatsache der Änderung gegenüber der Öffentlichkeit vertuschen? Die eindeutigen Nutznießer dieser Strategie sind die Impfstoff-Hersteller: Ihre Pandemie-Impfstoffe dürfen laut Zulassungsbedingungen erst **nach Ausrufung der Pandemie** eingesetzt werden!

Historische Parallelen?

Von welcher Seite man die angebliche Schweinegrippe-Pandemie auch betrachtet, es finden sich keine Belege für ihre Existenz. Auch der immer wieder bemühte Schweinegrippe-Ausbruch in den USA von 1976 zeigt

bei näherem Hinsehen ein etwas anderes Bild. Damals hatte es einen Todesfall und vier Erkrankte gegeben. Die erste Parallele: Damals wie heute wurde die Virusidentifikation vom CDC vorgenommen

Die zweite Parallele: Damals wie heute (zumindest was Mexiko betrifft) sind primär junge Erwachsene und nicht Kinder und Senioren betroffen. Alle Fälle des Jahres 1976 waren zwangsläufig junge Erwachsene, denn sie waren Rekruten der US-Armee in Fort Dix. In der Folge gab es eine riesige Impfkampagne in den USA, ca. 40 Millionen Menschen wurden geimpft. Doch die Impfkampagne musste damals urplötzlich abgebrochen werden, denn es war als Folge der Impfung zu 30 Toten und 500 Lähmungserkrankungen gekommen (von denen man weiß...).

Die in den USA recht bekannte Impfkritikerin Eleanora McBean weiß zu berichten, dass kurz vor dem Ausbruch der angeblichen Schweinegrippe alle Rekruten in Fort Dix gegen Influenza geimpft worden waren. Sie sieht den Todesfall und die vier Erkrankungen als Impffolge an.⁷

Selbst die sogenannte „Spanische Grippe“ von 1918 wird nicht im korrekten Zusammenhang zitiert. Auch hier waren Originalquellen zufolge der Erkrankungswelle wahre Impfgiganten an US-Soldaten vorausgegangen. Neben der Pocken- und der Typhusimpfung gab es eine ganze Reihe von nicht dokumentierten experimentellen Impfungen gegen verschiedenste Krankheiten. Die Symptome der Spanischen Grippe ähnelten auch eher einer schweren Vergiftung als einer Grippe (siehe dazu auch das Kapitel „Spanische Grippe“).⁵

Warum die Schweinegrippe in Mexiko – wie 1918 und 1976 in den USA – hauptsächlich jüngere Erwachsene betrifft, habe ich bisher nicht herausgefunden. Es wäre durchaus denkbar, dass dem Ausbruch – wenn es wirklich einer war – eine Impfkampagne für Erwachsene vorausging. Vielleicht lag es aber auch am Antibiotikamissbrauch durch die arbeitende Bevölkerung, wie ein Arzt aus Mexiko vermutet, mit dem der Journalist Michael Leitner kurz über Email in Kontakt stand.

Eine gezielt erfundene Pandemie

Es gab schlichtweg keine Schweinegrippe-Pandemie. Sie war eine reine Erfindung der US-Seuchenbehörde CDC. Was es statt dessen tatsächlich gegeben hat, war eine weltweite „Labortest-Pandemie“, die sich schon seit Jahren angebahnt und mit den weltweit verbreiteten Schweinegrippe-Testkits des CDC einen neuen Höhepunkt erreicht hat. Mit diesem Test, der nicht etwa Viren, sondern Gensequenzen nachweist, wie sie in den meisten Menschen zuhauf vorkommen, kann praktisch jeder-

mann, jederzeit, ob gesund oder krank, die Schweinegrippe-Diagnose erhalten.

Wir stellen eine weltweite Dominanz der Virologen über alle anderen naturwissenschaftlichen und sich mit dem Menschen beschäftigenden Disziplinen fest. Die Folge ist eine geradezu fahrlässige Fixierung auf Infektionen als Ursachen von Atemwegserkrankungen und eine ebenso fahrlässige Fixierung auf fragwürdige Labortests, die von den gleichen Virologen für ihre Zwecke eingespannt werden.

Unter der Virologenzunft nimmt das CDC offensichtlich eine Sonderstellung ein. Es hat so etwas wie ein Monopol auf die virologische Wahrheit. Das CDC wird von niemanden wirklich kontrolliert und missbraucht seine Monopolstellung unter den Augen der Weltöffentlichkeit. Die WHO hingegen scheint nicht mehr als ein willfähiges Anhängsel des CDC zu sein. Es gibt besorgniserregende personelle Verflechtungen zwischen dem CDC und der WHO.⁶

Für die Impfstoffhersteller bedeutete die Schweinegrippe-Hysterie zusätzliche Umsätze von global mehreren Milliarden Euro. Da der Einfluss der amerikanischen Pharmakonzerne auf die US-Regierung und ihre Gesundheitsbehörden sprichwörtlich ist, liegt es nahe, dass die Schweinegrippe-Kampagne nichts anderes als eine weitere Gelddruckmaschine für die Hersteller von Grippeimpfstoffen und Antivirenmittel darstellt.

Literatur:

<http://www.who.int>

<http://www.cdc.gov>

Fußnoten siehe am Ende des Schweinegrippe-Kapitels.

Der Mensch ist zu 90 % ein Schwein

Allerlei Merkwürdigkeiten rund um die Mexikanische Schweinegrippe

Die Gene des Menschen und des Affen sind laut diverser Publikationen zu zirka 97 % identisch, beim Schwein sind es immer noch über 90 %. In Bezug auf die Mexikanische Grippe beruht die – etwas gekünstelt anmutende – Aufregung der Fachwelt auf dem Umstand, dass man bei Patienten mit Erkältungssymptomen nicht den Influenza-Subtyp genau bestimmen konnte, dafür aber nach intensiver Suche Gensequenzen vorfand, die laut GISAID-Gendatenbank⁹ auch im Schweine-Influenzavirus vorkommen.

Da kommt natürlich die Frage auf, ob nicht genau diese Gensequenz auch im menschlichen Genom enthalten sein könnte. Und wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, ob jung oder alt, Männlein oder Weiblein, gesund oder krank, bei denen man diese Gensequenz ebenfalls finden würde, wenn man nur danach suchte.

Das wissen wir leider nicht. Und diese Fragen stellt sich die Fachwelt auch nicht. Untersucht wurden ausschließlich Erkältungspatienten, die zwar einen positiven Gentest auf Subtyp Influenza A/H1N1 vorweisen konnten, bei denen jedoch keiner der bekannten „Sub-Subtypen“ gefunden wurde. Hier – und nur hier – wurde ganz gezielt nach der Schweinevirus-Gensequenz gesucht. Somit war das berühmte erste Koch'sche Postulat, nämlich der Nachweis, dass ein Erreger nur in Kranken, nicht aber in Gesunden vorhanden sein muss, gar nicht erfüllt. Die Koch'schen Postulate sind jedoch bis heute für die Mikrobiologie die Richtschnur für die Entlarvung eines Erregers als Krankheitsverursacher.

Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass die Viren, die wir in Proben nachweisen, in der Regel nicht unmittelbar nach ihrem Eindringen in einen Organismus entnommen werden. Die in den Proben eingefangenen Viren kommen vielmehr aus körpereigenen Zellen, die sie in großen Mengen ausstoßen. Dass der ursprüngliche Anstoß durch von außen eindringende Viren erfolgte, ist eines der unbewiesenen Dogmen der Virologie, denn seriöse Ansteckungsversuche mit dem aufgereinigten

Virus werden gar nicht durchgeführt – oder misslingen völlig, wie z. B. bei entsprechenden Versuchen während der sogenannten „Spanischen Grippe“ 1918 in den USA (siehe dazu das entsprechende Kapitel).¹⁰

Alternativ könnte es sich bei nachgewiesenen Viren um sogenannte endogene Viren handeln, die der Körper von sich aus als Reaktion auf einen Stressfaktor produziert. Die Existenz solcher endogener Viren ist der Virologie schon lange bekannt, jedoch scheut man sich davor, daraus die notwendigen Konsequenzen zu ziehen.

Um die Pathogenität eines Virus beurteilen zu können, braucht man zuverlässige Nachweisverfahren, also Labortests. Um diese Labortests eichen zu können, müssen die genetischen Eigenschaften des spezifischen Virus eindeutig bestimmt worden sein. Zumindest, soweit es sich um Gentests wie die PCR handelt, die im Rahmen der Schweinegrippe vorzugsweise zum Einsatz kamen. Um die genetischen Eigenschaften eindeutig bestimmen zu können, muss das Virus isoliert werden, d. h. in Reinkultur vorliegen, hochaufgereinigt und befreit von allen anderen Bakterien, Viren, Zelltrümmern und sonstigen Partikeln, deren genetische Merkmale das Ergebnis verfälschen können.

Die Isolierung ist auch nach Ansicht der WHO die einzige Möglichkeit, die neue Schweinegrippe eindeutig zu bestätigen.¹¹ Wobei leider nicht ganz klar ist, was genau die WHO unter „Virusisolierung“ versteht – die Wortbedeutung ist auch im Zeitalter der „exakten Wissenschaften“ nicht klar definiert und wird in der Praxis auf unterschiedliche Weise verwendet.

Hat man ein spezifisches Virus in einer erkrankten Person auf diese Weise identifiziert, muss noch geklärt werden, ob es tatsächlich der Auslöser der Erkrankung ist. Zum einen muss geklärt werden, ob es wirklich – wie in den berühmten Koch-Postulaten gefordert – nur in Erkrankten, nicht aber in Gesunden vorkommt. Zum anderen muss man einen Ansteckungsversuch, der eine natürliche Infektion nachbildet, vornehmen. Hat man dies alles schließlich vollbracht, muss das Ergebnis publiziert und von anderen Forschungsinstituten nachvollzogen und bestätigt werden.

Doch das CDC und die WHO brachen bei der Mexikanischen Grippe alle wissenschaftlichen Regeln: Am 25. April 2009, nur acht Tage, nachdem man Gensequenzen eines Schweine-Influenzavirus in zwei süd-kalifornischen Kindern nachweisen konnte¹² und nur vier Tage nach der ersten Veröffentlichung dieser Ergebnisse im Wochenbulletin des CDC, ging die WHO öffentlich davon aus, dass man beim CDC das Genom des neuen Virus vollständig entschlüsselt und diese Information in die internationale Gendatenbank GISAID eingestellt habe und „demnächst“

spezifische Genschablonen für die PCR-Labortests liefern könne.¹³

Auf der Webseite des CDC findet man jedoch (Stand 7. Mai 2009) keine Publikation darüber, wie genau man das Virus isoliert und bestimmt hat. Das ist angesichts der Kürze der Zeit auch nicht verwunderlich. Normalerweise gehen solche Publikationen vor der Veröffentlichung in renommierten Fachzeitschriften durch ein intensives und oft Monate dauerndes Prüfverfahren.

Während man laut WHO bis zum Abflauen der vermeintlichen SARS-Epidemie über keinen zuverlässigen Test verfügte, die Diagnose also grundsätzlich vom Nachweis eines Kontaktes mit sogenannten Verdachts- oder wahrscheinlichen Fällen abhing, präsentierte die CDC nun einen Test innerhalb weniger Tage!

Die WHO übernahm die Hypothesen des CDC offensichtlich ohne jede Gegenprüfung und Bestätigung durch andere Forschungsinstitute. Das muss verwundern, insbesondere, da die Mexikanische Grippe sogar offiziellen Verlautbarungen zufolge bei weitem nicht so infektiös und tödlich war wie befürchtet. Somit fehlte die notwendige Dringlichkeit für ein Aussetzen aller wissenschaftlichen Regeln.

Eigentlich sollte man von der Weltgesundheitsbehörde erwarten, dass sie die Fakten sorgfältig prüft, bevor sie die Menschheit in Angst und Schrecken versetzt und Milliarden-Umsätze für die Hersteller von fragwürdigen Impfstoffen und antiviralen Medikamenten generiert. Doch vielleicht sind ja gerade diese Umsatzerwartungen der treibende Faktor hinter dieser merkwürdigen Panikmache?

Wie dem auch sei: Das Bemerkenswerteste an der ganzen Sache scheint mir zu sein, dass die US-Seuchenbehörde mit der WHO im Rücken offensichtlich eine Art Narrenfreiheit genießt, die es ihr ermöglicht, praktisch zu jeder Zeit an jedem Ort der Welt eine Pseudo-Seuche zu starten.

Welche Motive haben die Seuchen-Erfinder?

Bei der (Mexikanischen) Schweinegrippe handelte es sich um eine erfundene, eine Pseudo-Seuche. Wie konnte es dazu kommen, dass die wichtigsten Seuchenbehörden der Welt jede wissenschaftliche Regel über Bord warfen und die Nationen der Welt in Panik versetzten? Nachfolgend einige Gedanken und Spekulationen dazu...

Da es eine ganze Reihe von Beteiligten gibt, müssen wir bei unseren Überlegungen, was die Pseudo-Seuche wirklich antrieb, zwischen den wichtigsten von ihnen differenzieren.

DIE US-SEUCHENBEHÖRDE

Menschliche Schwäche

Ein eher auf subtiler Ebene wirkendes Motiv könnte das Gefühl der Behördenmitarbeiter sein, ihr Ansehen, ihre Karriere und ihr Arbeitsplatz hinge davon ab, dass sie die Regierung und die Bevölkerung immer wieder einmal daran erinnern, wie wichtig sie sind.

Was könnte dies mehr unterstreichen als das Erscheinen einer tödlichen Seuche? Dieses Verhalten Korruption zu nennen, ist vielleicht etwas überzogen, jedoch wären in diesem Fall Charakterschwächen und ein mangelhaftes wissenschaftliches Ehrgefühl am Werk.

Korruption zu Gunsten der Industrie

Eine andere Version wäre eine ausgemachte Korrumpierung der Seuchenbeamten durch Einflüsse der Pharmaindustrie und der Politik. Es gibt genügend Beispiele dafür, wie sich immer wieder Industrieinteressen auf Kosten der Bevölkerung durchsetzen. Allein die Tatsache, dass in den USA wie in Deutschland nicht die Hersteller von Impfstoffen, sondern die Impfschadensopfer bei schweren Nebenwirkungen in der Beweispflicht stehen, ist mit dem Behördenanspruch, in erster Linie der Bevölkerung verpflichtet zu sein, nicht zu vereinbaren.

So könnte der Start der Mexikanischen Grippe durchaus das Ziel gehabt haben, die Pharmaindustrie von der derzeitigen Rezession abzukoppeln und durch milliardenschwere Bestellungen von antiviralen Medi-

kamenten und Impfstoffen relativ leicht verdiente Gewinne einzufahren.

In diesem Fall mag es nicht unbedingt Ziel der Kampagne sein, tatsächlich Massenimpfungen durchzusetzen, sondern im Grunde dürfte es den Beteiligten ausreichen, alle Jahre die Impfstoff- und Medikamentendepots der Staaten auffüllen zu dürfen.

Ein sehr konkretes Interesse hat der US-Konzern GILEAD, Lizenzgeber für das umstrittene Grippemittel TAMIFLU. Die im Jahr 2005 von vielen Regierungen – unter anderem der deutschen – eingelagerten TAMIFLU-Bestände erreichten im Herbst 2010 ihr Verfallsdatum. Bei den hohen Kosten für ihre Auffrischung konnten diese Regierungen aus Sicht von GILEAD einen gewissen „Anschub“ in Form einer weltweiten Pandemie-Hysterie als Motivationshilfe gebrauchen. Der Einfluss des Konzerns auf die US-Administration hat das geflügelte Wort „Rummyflu“ geprägt: Der damalige US-Verteidigungsminister Rumsfeld ist einer der Hauptaktionäre von GILEAD. Teile des CDC sind dem Verteidigungsministerium untergeordnet, ihre Mitarbeiter tragen Offiziersränge.

Um auch die Impfstoffhersteller nicht zu kurz kommen zu lassen: Die Herstellung eines Pandemie-Impfstoffs dürfte ihren üblichen Jahresumsatz verdoppeln. Doch warum nicht gleich eine zweite jährliche Impfsaison im Sommer gegen neue angebliche Pandemieviren etablieren? Das klingt überzogen? Wir werden sehen.

Machtpolitik

Das CDC besitzt augenscheinlich die Macht, quasi zu jedem Zeitpunkt an jedem Ort der Welt eine Pseudo-Seuche zu inszenieren. Das sollte kein Problem sein, solange eine US-Administration redliche Ziele verfolgt. Ist dies jedoch nicht der Fall, könnte sie in Versuchung kommen, auf unliebsame Nationen durch den Start einer Seuche Druck auszuüben. Betroffene Nationen haben in der Regel enorme wirtschaftliche Einbrüche zu verzeichnen. So auch Mexiko.

Im Falle von Mexiko ist mir kein wirklich einleuchtender Grund für eine derartige Maßnahme seitens der USA bekannt. Andererseits ist der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Besuch von US-Präsident Barack Obama (am 16. April) und der angeblichen Grippewelle bemerkenswert.

MEXIKOS REGIERUNG

„WELT Online“ schreibt am 28. April: *„Eine andere Frage ist, was die Grippe zu bedeuten hat. Wer viel zu Hause sitzt, hat Zeit, sich den Kopf zu zerbrechen. In Mexiko grassieren mit der Grippe die Verschwörungs-*

theorien. „Das Ganze ist eine Strategie der Regierung, damit wir den Drogenkrieg vergessen“, sagt Luis Pablo, ein Beamter aus dem Bundesministerium für Gesundheit in der Stadt.“

Das könnte durchaus ein Grund sein, denn der mexikanische Drogenkrieg kostet Pressemeldungen zufolge im Jahr immerhin mehrere Tausend Todesopfer.

Eine andere mögliche Hypothese wäre natürlich die Vermutung eines Zusammenhangs mit dem Obama-Besuch. Berichten zufolge unterzeichneten Obama und Calderon einen Vertrag über die Stationierung von US-Truppen in Mexiko („El comando Norte“), was normalerweise starke Proteste und Demonstrationen hervorgerufen hätte. Aufgrund der Grippepanik habe man sich jedoch nicht so recht auf die Straße getraut.

Einem anderen Bericht zufolge wurde genau an dem 23. April, als der mexikanische Präsident den Ausnahmezustand ausrief, ein Gesetz zur Bekämpfung der Drogenkriminalität („La ley de la policia federal“) verabschiedet, das die Vollmachten der mexikanischen Bundespolizei enorm ausweitet.

Der zeitliche Zusammenhang sticht ins Auge. Könnte die mexikanische Regierung das Märchen von einer angeblichen Grippetodeswelle dazu benutzt haben, um jeden Widerstand gegen ihre umstrittenen Pläne im Keim zu ersticken?

Diesem möglichen Motiv steht auf der anderen Seite der enorme wirtschaftliche Schaden gegenüber, den Mexiko erleiden musste. Das kann korrupte Politiker jedoch erfahrungsgemäß nicht daran hindern, sich für ihren eigenen Vorteil – also für Bestechungsgelder, Karriere und Ruhm – zu entscheiden.

WHO: Seuchenpanikmacher haben gute Karrierechancen

Wer beim CDC und der WHO Seuchenpanik betreibt, hat offensichtlich sehr gute Karriere-Aussichten. Margaret Chan, die Direktorin der WHO und ihr Vize Keiji Fukuda kennen sich bereits von der Vogelgrippe-Hysterie in Hong Kong im Jahr 1997. Da war Fukuda Abteilungsleiter für Influenza beim CDC und Chan Gesundheitsministerin in Hong Kong – und verantwortlich für die „vorsorgliche“ Tötung von 1,4 Millionen Hühnern und Enten. Auch bei der angeblichen SARS-Pandemie arbeiteten beide zusammen. Danach wurde Chan als leitende Angestellte in die WHO berufen. Nur drei Jahre später wurde sie Nachfolgerin des damaligen WHO-Chefs Jong-Wook.

Die WHO-Führung wird in Impffragen von einer Expertengruppe namens SAGE beraten. Diesem Komitee gehören bekannte Pharma-Lobbyisten und Vertreter der Hersteller an. Einer der wichtigsten ist der niederländische Virologe Albert Osterhaus, einer der weltweit lautesten Pandemie-Propheten überhaupt, egal ob es um die Vogelgrippe, SARS oder die Schweinegrippe geht. Gleichzeitig ist er einer der größten Nutznießer. So berät er nicht nur Regierungen, sondern pflegt engste Verbindungen zu verschiedenen Herstellern und soll sogar an Impfstoffumsätzen beteiligt sein. Das ist so offensichtlich, dass das niederländische Parlament sogar eine Untersuchung gegen ihn einleitete. Von Osterhaus ist das Zitat bekannt, wonach die Natur der größte Bioterrorist von allen sei. Osterhaus ist zudem Vorsitzender der Vereinigung ESWI, die von der Pharmaindustrie finanziert wird.

Weitere Mitglieder von SAGE mit erheblichen Interessenkonflikten aufgrund ihrer „Beraterverträge“ sind Dr. Frederick Hayden vom britischen Wellcome Trust, Prof. David Salisbury vom britischen Gesundheitsministerium und Dr. Arnold Monto, Berater für MedImmune, Glaxo und ViroPharma.

Nicht nur Teile der SAGE, auch die WHO selbst ist abhängig von Pharma-Geldern. Ursprünglich nur von den Regierungen finanziert, erhält sie inzwischen durch sogenannte „öffentlich-private Partnerschaften“ doppelt so viel Zuwendungen von der Industrie wie von den Regierungen – von den gleichen Konzernen, die von der Pandemie-Panikmache profitieren. Die Wallstreet-Bank J. P. Morgan schätzte, dass den Pharma-Riesen aufgrund der WHO-Entscheidungen bis zu 10 Mrd. Dollar zusätzlicher Umsatz zuflossen.

Nationale Regierungen sind ebenso betroffen. Beispielsweise ist Professor Sir Roy Anderson, Vorstandsmitglied des großen Pharmakonzerns GlaxoSmithKline, gleichzeitig Berater der britischen Regierung in Impfstofffragen. Man könnte die Liste sicher endlos weiterführen, doch sollten diese Beispiele ausreichen, um einen kleinen Eindruck von der globalen Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Gesundheitspolitik der Nationen zu bekommen.

Literatur siehe unter „Fußnoten“ am Ende des Schweinegrippe-Kapitels.

40 gute Gründe, sich nicht gegen Schweinegrippe impfen zu lassen

Noch nie gab es eine staatlich sanktionierte Impfkation mit derart vielen offensichtlichen Widersprüchen wie bei der sogenannten Schweinegrippe. Die weltweite Schweinegrippe-Panikmache war ein einziger gigantischer Etikettenschwindel. Sie war gleichermaßen Schildbürgerstreich wie auch moderner Voodoo-Zauber, mit dem Regierungen und Völker in Angst und Schrecken versetzt wurden. Das einzige Ziel: Zusätzliche Milliardenumsätze aus ihnen herauszupressen. Für alle, die es genau wissen wollen, finden Sie nachfolgend eine Übersicht über die 40 wichtigsten Widersprüche und Gründe, die gegen eine Impfung sprechen.

[01] Es gibt keinen Wirkungsnachweis!

Für keinen der Pandemie-Impfstoffe gibt es einen Wirkungsnachweis in Form eines gesundheitlichen Vorteils gegenüber dem Nichtimpfen. Die einzige Möglichkeit, diesen Nachweis zu erbringen, besteht in vergleichenden Studien mit Geimpften und Ungeimpften. Solche vergleichenden Studien wurden bei keinem der Impfstoffe vorgenommen.¹⁴

[02] Der Antikörpertiter ist als Ersatzmessgröße ungeeignet!

Die Höhe des sogenannten Antikörpertiters im Blut ist als Ersatzmessgröße für die Wirksamkeit eines Impfstoffs völlig ungeeignet. Der Titer sagt höchstens etwas über durchlebte Krankheiten aus, nicht aber über Immunität in Form von Nichterkrankung. Laut Robert-Koch-Institut (RKI), der Bundesseuchenbehörde, kann ein Mensch auch bei fehlendem Titer „immun“ sein. Zudem liegen weder dem RKI, noch dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), der deutschen Zulassungsbehörde für Impfstoffe, Studien vor, die beweisen, dass ein hoher Titer eine Garantie für Nicht-Erkrankung darstellt.¹⁴

Im Gegenteil: Es gibt erste Hinweise, dass es möglich ist, mehrmals an der „Schweinegrippe“ zu erkranken.²⁹

[03] Die Zulassungsstudien haben eine reine Alibi-Funktion!

Für keinen der Pandemieimpfstoffe wurden und werden Sicherheitsstudien durchgeführt, die eine ausreichend präzise Aussage über die Impfrisiken zulassen. Die Voraussetzungen für eine solche Studie wären z. B.:

- a) vergleichende Studien mit Geimpften und Ungeimpften
- b) Herstellerunabhängigkeit bei Finanzierung und Durchführung
- c) Laufzeit von mindestens einem Jahr, um auch mittel- und längerfristige Folgen der Impfung abschätzen zu können
- d) Versuchsgruppen in ausreichender Größe (jeweils mindestens 40.000 Testpersonen)
- e) völlige Transparenz des Studiendesigns und der konkreten Umsetzungsverfahren

Keine einzige dieser Voraussetzungen wird bei den aktuellen Alibistudien erfüllt.¹⁵

[04] Die Sicherheit der Zusatzstoffe wurde niemals geprüft!

Die in den Impfstoffen verwendeten Zusatzstoffe haben keine ordentliche Sicherheitsprüfung in Form von vergleichenden Studien „Zusatzstoff gegen (echtes) Placebo“ durchlaufen. Das fängt schon beim quecksilberhaltigen Thiomersal an, das – ungeprüft – seit Jahrzehnten als Konservierungsmittel verwendet wird.¹⁶ Mehrere Inhaltsstoffe sind z. B. geeignet, die Fortpflanzungsorgane und ungeborenes Leben zu schädigen.¹⁷

[05] Die „Schweinegrippe“ ist harmloser als die saisonale Grippe!

Die sogenannte Schweinegrippe ist den Gesundheitsbehörden zufolge bezüglich Schwere des Verlaufs und Anteil der Todesfälle sogar noch harmloser als eine normale Grippewelle.¹⁷ Verschiedenen Untersuchungen zufolge reagieren etwa 30 % der Bevölkerung positiv auf einen H1N1- Labortest.¹⁸ Trotzdem wird nur ein Bruchteil unter ihnen wirklich krank.

[06] Die „Schweinegrippe“ ist ein Etikettenschwindel!

Die sogenannte Schweinegrippe ist nichts weiter als eine stinknormale Virusgrippe unter einem neuen Etikett. Dieses Etikett beruht auf der willkürlichen Interpretation von umstrittenen Labortests.

[07] Das angebliche Mutationsszenario ist blanker Unsinn!

Die angeblich drohende Gefahr, das bisher weitgehend harmlose Schweinegrippevirus könne jederzeit zu einem Monster mutieren, gilt auch für Hunderte, wenn nicht gar Tausende andere der bisher bekannten und unbekannt unterschiedlichen Influenza-Virenstränge.

Der offiziellen Logik zufolge müssten wir also gegen Hunderte oder Tausende von unterschiedlichen Virensträngen impfen. Träfe das Schreckensszenario der Virologen zu, müsste die Menschheit eigentlich längst ausgerottet worden sein.

[08] Die „Spanische Grippe“ ein ungeeignetes historisches Beispiel!

Die immer wieder als Schreckgespenst angeführte sogenannte „Spanische Grippe“ von 1918 – als angeblich schlimmste H1N1-Pandemie aller Zeiten – wurde möglicherweise gar nicht durch Viren verursacht, denn mehrere Ansteckungsversuche mit Freiwilligen in den USA im Jahr 1918 misslangen vollkommen.²¹ Interessanterweise gingen zeitgenössischen Quellen zufolge in den US-Kasernen Massenimpfungen gegen Pocken und Typhus der „Spanischen Grippe“ voraus. Gleichzeitig wurden zahlreiche experimentelle Impfungen an US-Soldaten durchgeführt.

Der Ausbruch der „Spanischen Grippe“ in Deutschland hingegen war eine Folge kriegsbedingter völliger körperlicher Entkräftung.

Die heutige Meinung, die „Spanische Grippe“ sei durch ein mutiertes H1N1-Virus verursacht worden, beruht auf dem fragwürdigen Nachweis bestimmter Genfragmente im Gewebe der Todesopfer.²⁰

[09] Die Eichfrage der Labortests bleibt unbeantwortet!

Bei der Labor-Diagnose „Schweinegrippe“ oder „H1N1“ stellt man nicht etwa spezifische Influenzaviren fest, sondern nur bestimmte Gen- oder Eiweißmoleküle, wie sie in jedem Menschen vorkommen können, und denen man willkürlich das Etikett „Schweinegrippevirus“ umhängt.

[10] Der Mensch ist zu 90 % „schweinepositiv“!

Das Erbgut des Schweins und das des Menschen sind zu 90 % identisch. Somit gibt es eine 90%ige Wahrscheinlichkeit, Genfragmente, die in Schweinen vorkommen, auch im Menschen zu finden.

Der Beweis, dass diese speziellen Genfragmente a) zu bestimmten Virentypen gehören und b) nirgendwo sonst im Organismus vorkommen, muss explizit geführt werden, damit ein Labortest eine klare Aussage über die Anwesenheit bestimmter Viren zulässt.

[11] Kein hochaufgereinigt isoliertes Virus vorhanden!

Aus [09] und [10] folgt, dass man das Virus zunächst in Reinkultur bzw. hochaufgereinigt isoliert – von allen Fremdpartikeln getrennt – vorliegen haben muss, um seine Zusammensetzung eindeutig bestimmen und Labortests darauf eichen zu können.¹⁹ Es ist keine Publikation bekannt, die eine solche Hochaufreinigung für sich beansprucht.

[12] Natürlich durchlebte Infektionen stärken das Immunsystem!

Seit vielen Generationen beobachten sowohl Heilberufler als auch viele Eltern, dass durchlebte fieberhafte Infektionen, darunter auch Atemwegserkrankungen, zu einer Stärkung des Organismus oder gar zu regelrechten Entwicklungsschüben führen. Diverse Studien unterstützen diese Beobachtungen. Auch neueste immunologische Erkenntnisse über das Gleichgewicht zwischen der zellulären und der humoralen (Antikörper) Immunabwehr sprechen dafür, dass natürlich durchstandene kindliche Infektionen ein effektives und notwendiges Training des gesamten Immunsystems darstellen. Dass unsere Gesundheitsbehörden diese Erkenntnisse konsequent ignorieren, ist inakzeptabel!

[13] Es gibt effektive Möglichkeiten der natürlichen Vorsorge!

Gegen eine Virusgrippe – und andere Infektionskrankheiten – kann man sich verschiedenen Studien und ärztlichen Erfahrungswerten zufolge mit vitalstoffreicher Ernährung, insbesondere ausreichender Zufuhr der Vitamine C und D, sehr gut schützen.²² Dass unsere Gesundheitsbehörden diese Erkenntnisse konsequent ignorieren, ist inakzeptabel!

[14] Es gibt effektive Möglichkeiten der natürlichen Behandlung!

Auch die Schwere und die Dauer des Krankheitsverlaufes kann durch verschiedene naturheilkundliche Methoden (z. B. Homöopathie) gut beeinflusst werden. Dazu gibt es umfangreiche Erfahrungswerte und Literatur. Dass unsere Gesundheitsbehörden diese Erkenntnisse konsequent ignorieren, ist inakzeptabel!

[15] Schwere Krankheitsverläufe haben individuelle Ursachen!

Auch bei Atemwegserkrankungen kommen Komplikationen und schwere Verläufe bis hin zu Todesfällen vor. Die Ursache hat jedoch in der Regel nichts mit „aggressiven Viren“ zu tun, sondern entweder mit den Nebenwirkungen gefährlicherer Medikamente wie z. B. TAMIFLU oder PA-

RACETAMOL – oder einem geschwächten Zustand des Patienten, der sich aus dessen individueller Lebenssituation ergibt.

Diesen individuellen Ursachen für Krankheit wird eine pauschale Medikation nach dem Gießkannenprinzip, wie es eine Massenimpfung darstellt, in keinsten Weise gerecht.

[16] Die H1N1-Diagnosen sind oberflächliche Schnellschüsse!

Es gibt – aus Sicht der Schulmedizin – Hunderte von Viren und Bakterien, die Grippesymptome auslösen können. Außerdem kommen sowohl Vergiftungen als auch psychosomatische Ursachen in Frage, die vom Arzt im individuellen Fall abgeprüft werden müssen. Doch welcher (Kassen-)Arzt kann und will sich heute noch Zeit für seine Patienten nehmen? Eine sorgfältige Anamnese und Differenzialdiagnose ist bei den meisten Ärzten Fehlanzeige. Im Grunde stellen solche Ärzte eine Gefahr für die Volksgesundheit dar!

[17] Die Schreckensszenarien beruhen auf Vermutungen!

Laut RKI sterben in Deutschland jährlich durchschnittlich 10.000 Menschen aufgrund von Influenza. Diese Zahl beruht jedoch nicht auf seriösen statistischen Erhebungen, sondern ist eine Schätzung der „Arbeitsgemeinschaft Influenza“ (AGI), die zwar am RKI angesiedelt ist, jedoch bis vor kurzem noch von den wichtigsten Herstellern von Grippeimpfstoffen finanziert wurde. Diese Schätzungen beruhen auf der – unbewiesenen – Annahme, dass die erhöhte Sterblichkeit in den Wintermonaten auf das Influenzavirus zurückzuführen ist und liegen um das Tausendfache (!) über den tatsächlich erfassten laborbestätigten Influenzatodesfällen. Es liegt keine einzige seriöse Studie vor, die diese Phantasie-Schätzwerte bestätigt. Das RKI als zuständige Bundesbehörde macht sich somit jedes Jahr aufs Neue der Panikmache schuldig.²³

[18] Viren können auch als Folge (!) einer Erkrankung auftreten!

Selbst wenn wir davon ausgehen, dass die bereits angesprochenen Labortests in der Lage wären, die Anwesenheit spezifischer Schweinegrippeviren nachzuweisen, so ist dies noch kein Beweis, dass diese Viren auch die Ursache der Krankheit sind. Der Schulmedizin ist seit Jahren die Existenz sogenannter „endogener Viren“ bekannt. Das sind Viren, die nicht von außen in den Organismus eindringen, sondern von Bakterien oder Körperzellen als Reaktion auf Stressfaktoren von sich aus produziert und ausgestoßen werden.²⁴

Daraus folgt: Selbst wenn eine Wegimpfung bestimmter Viren möglich wäre, ist damit nicht automatisch auch die Ursache der Krankheit beseitigt. Seriöse wissenschaftliche Publikationen, die einen endogenen Ursprung des angeblichen Schweinegrippevirus ausschließen können, gibt es nicht.

[19] Wir bestehen hauptsächlich aus Bakterien!

Die Erfinder der Infektionshypothese, Louis Pasteur und Robert Koch, glaubten vor 130 Jahren, der Mensch sei steril und Bakterien, die sie in Patientenproben unter den damals modernsten Lichtmikroskopen erkennen konnten, seien quasi automatisch auch die Ursache der Krankheit. Die heutige Infektionsmedizin hat sich immer noch nicht von diesen Irrtümern und Dogmen gelöst. Fakt ist, dass wir – unabhängig davon, ob wir gesund oder krank sind – mehr Bakterien und Viren in uns tragen, als wir über eigene Körperzellen verfügen.

[20] Es kann gar keine Schutzwirkung gegen das Wildvirus geben!

Die durch Impfung entstandenen Antikörper sind auf die Virenbestandteile im Impfstoff abgestimmt. Diese sogenannten „Antigene“ wurden jedoch mit Formaldehyd denaturiert, d. h. chemisch verändert, und sind somit nicht mehr mit dem Wildvirus identisch, das in der Bevölkerung kursiert. Somit können die gebildeten Impf-Antikörper zwar gegen die veränderten Impf-Viren, nicht aber gegen das unveränderte Wildvirus schützen. Der Impfschutz ist somit nur ein intellektueller Aberglaube.

[21] Die Schutzwirkung beruht auf reinen Vermutungen!

Selbst wenn wir annehmen, dass die Pandemie-Impfstoffe einen tatsächlichen Nutzen gegen das gegenwärtige – harmlose – Schweinegrippevirus haben, so gibt es keinerlei Beweise, dass sie auch gegen das künftige tödlich mutierte Monstervirus schützen könnten. Entsprechende Behauptungen der Behörden und Hersteller, wonach die neuen Verstärkerstoffe gegen ein breites Spektrum von Influenzaviren schützen, beruhen auf reinen Vermutungen und Sandkastenspielen im Labor. Außerdem würden die Pandemieimpfstoffe damit auch die jährlichen saisonalen Grippeimpfungen überflüssig machen – in denen übrigens bereits eine H1N1-Komponente enthalten ist!

[22] FLUAD erfüllt bereits alle Pandemie-Impfstoff-Kriterien!

Der saisonale Grippeimpfstoff FLUAD von Novartis erfüllt bereits seit Jahren die Anforderungen an einen H1N1-Pandemie-Impfstoff: Sowohl ein H1N1-Virenstrang als auch der neue Verstärkerstoff MF59, der gegen ein großes Spektrum von H1N1-Varianten schützen soll, ist enthalten. Aus Expertensicht müsste eine Impfung mit FLUAD eigentlich eine Pandemie-Impfung überflüssig machen!

[23] Quecksilberfreie Impfstoffe wurden nicht bestellt!

Mit den neuen Pandemie-Impfstoffen enthalten nach Jahren erstmals wieder in Deutschland zugelassene Impfstoffe quecksilberhaltige Konservierungsmittel. Quecksilber ist jedoch das giftigste nichtradioaktive Element. Und wer möchte sich das schon injizieren lassen, egal in welcher Konzentration? Der von der EMEA zugelassene Impfstoff FOCETRIA war auch in einer quecksilberfreien Einzelverpackung lieferbar.²⁵ Diese Variante wurde jedoch von den zuständigen Gesundheitsministerien noch nicht einmal in Erwägung gezogen. Das Bestellverhalten der Ministerien basiert somit nicht auf einer vernünftigen und nachvollziehbaren Abwägung von Vor- und Nachteilen.

[24] Die neuen Verstärkerstoffe bedrohen das ungeborene Leben!

Eines der besonderen Merkmale der neuen Verstärkerstoffe ist die Stimulierung des sogenannten „zellulären Immunsystems“. Dieses wird jedoch während einer Schwangerschaft vom Organismus heruntergefahren, damit die Leibesfrucht nicht abgestoßen wird.²⁶ Trotz der auch dem PEI bekannten Risiken sollen Schwangere bevorzugt geimpft werden.

Die Hersteller und Impfexperten wissen nach eigenem Bekunden selbst nicht genau, wie die verschiedenen Verstärkerstoffe, insbesondere die neuen Squalen-Wasser-Emulsionen, wirken. Dies bedeutet, dass der Einsatz der Impfstoffe auf Hypothesen beruht, und dass weder die Wirkung noch die Nebenwirkung wirklich abgeschätzt werden können – zumal es keine vergleichenden Studien mit einem echten Placebo gibt. Insbesondere bei Schwangeren liegen keine bzw. keine ausreichenden Erfahrungswerte vor. Somit empfehlen die Behörden diese Impfung nach dem Prinzip „*Augen zu und durch.*“

[25] Impfstoffe werden zuerst bestellt und dann geprüft!

Das PEI winkte bei der Zulassung die Pandemie-Impfstoffe durch, ohne dass ausreichende Daten über die Sicherheit der Impfstoffe vorlagen.

Die Sicherheitsanforderungen des PEI werden mit den Jahren nicht strenger, sondern, im Gegenteil, immer laxer gehandhabt. Neuerdings wird zuerst bestellt und dann geprüft, wobei eine ganze Bevölkerung Versuchskaninchen für die Behörde und die Hersteller spielen darf.

[26] Kein funktionierendes Meldesystem für Impfkomplicationen!

Doch auch der Großversuch an der deutschen Bevölkerung kann keine aussagefähigen Daten über die Impfstoffsicherheit liefern, denn das Meldesystem für Impfkomplicationen funktioniert nicht, wie auch das PEI in seinem Offenbarungseid aus dem Jahr 2004 eingesteht:

„Da die Untererfassung der Meldungen von Impfkomplicationen nicht bekannt oder abzuschätzen ist und keine Daten zu verabreichten Impfungen als Nenner vorliegen, kann keine Aussage über die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Reaktionen gemacht werden.“²⁷

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 gibt es eine Meldepflicht für jeden Verdachtsfall (!) einer Impfkomplication, und das angedrohte Bußgeld beträgt bis zu 25.000 Euro. Doch den meisten Ärzten ist diese Meldepflicht gar nicht bekannt, und das PEI unternimmt merkwürdigerweise auch so gut wie nichts, um die Meldebereitschaft zu erhöhen – außer etwa alle zwei Jahre im Bundesgesundheitsblatt diesen unhaltbaren Zustand zu bejammern.

[27] Trotz Massenimpfungen keine rückläufigen Todesfälle!

Seit Jahrzehnten wird in Deutschland zunehmend gegen Influenza geimpft, und trotzdem haben wir – laut RKI – immer noch durchschnittlich 10.000 Todesfälle im Jahr.²⁸ Somit ist der Nutzen dieser Massenimpfungen mehr als fraglich. Es gibt zahlreiche Studien und Untersuchungen, wie z. B. die des renommierten Wissenschaftlers Tom Jefferson, die keinen Nutzen in der Influenzaimpfung sehen.

[28] Die angeblichen H1N1-Todesfälle sind Etikettenschwindel!

Selbst wenn die Labortests tatsächlich in der Lage wären, das angebliche Schweinegrippevirus zuverlässig anzuzeigen, ist der Zusammenhang bei einem Todesfall nicht automatisch gegeben: Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass vermutlich etwa ein Drittel der Bevölkerung H1N1-positiv reagiert, wobei der Großteil dieser Personen NICHT erkrankt. Somit hat ein H1N1-positives Testergebnis nichts zu sagen:

Der Patient kann auch aus ganz anderen Gründen erkrankt sein!²⁹

Zudem können Atemwegserkrankungen durch hunderte verschiedener Erreger, durch Vergiftungen oder psychosomatisch verursacht werden. Somit müsste ein gewissenhafter Arzt selbst bei einem H1N1-positiven Labortest eine sorgfältige Anamnese durchführen, um diese Diagnose bestätigen zu können. Das gilt auch für Todesfälle mit H1N1-positivem Labortest. Eigentlich können sämtliche Todesfälle ohne ordentliche Anamnese und Differenzialdiagnose allenfalls als „Verdachtsfälle“ betrachtet werden! Die vom RKI verbreiteten Todesfallzahlen sind somit reine Propaganda zur Erzeugung von noch mehr Pandemie-Panik mit dem eindeutigen Ziel, die Durchimpfungsraten zu erhöhen.

[29] Die Todesfälle nach Impfungen werden bewusst verharmlost!

Wie bei den Todesfällen mit H1N1-Diagnose handelt es sich auch bei den Todesfällen im zeitlichen Zusammenhang mit der Pandemie-Impfung um Verdachtsfälle. Da es sich jedoch bei jeder Impfung um eine Körperverletzung handelt, die der mündigen Einwilligung des Impflings bedarf, liegt die Beweislast für die Sicherheit des Impfstoffs bei Herstellern und Behörden und nicht beim Impfling.³⁰

Das PEI ist die für die Impfstoffsicherheit zuständige Behörde, praktiziert jedoch eine absurde Beweislastumkehr, wonach sozusagen das Opfer beweisen muss, dass es aufgrund der Impfung gestorben ist und nicht der Hersteller, dass eine ganz andere Sterbeursache vorlag.

Eine weitere Methode des PEI zur Herunterspielung von Todesfällen, ist die Ignorierung von jenen Todesfall-Meldungen, über die zwar in der Presse berichtet, die aber nicht direkt an das PEI gemeldet wurden.

Fälle von schweren Impfschäden oder gar Todesfällen, die in der Meldebank des PEI verzeichnet sind, werden nur dann von der Behörde nachverfolgt, wenn öffentlicher Druck sie dazu zwingt. Dies ist daran zu erkennen, dass sich der Status der registrierten Meldung nach ihrer Erfassung später nicht mehr ändert. Das Ziel dieser Strategie ist eindeutig ideologisch bedingt: Jede Schädigung des „Impfgedankens“ soll vermieden und die Durchimpfungsrate um jeden Preis erhöht werden.

[30] Entfallende Meldepflicht begünstigt unseriöse Hochrechnungen

Am 14. November 2009 entfiel die Meldepflicht für H1N1-Erkrankungen. Damit wurde es dem RKI ermöglicht, die Anzahl der angeblich an Schweinegrippe Erkrankten ganz nach Belieben nach oben zu schätzen, um „bei Bedarf“ die Durchimpfungsrate zu erhöhen.³¹

[31] Die Maßnahmen der Verantwortlichen waren widersprüchlich

Am 18. November 2009 meldete RTL, dass die Schweinegrippe bereits so schlimm in Deutschland wüte, dass man die Erkrankungen aus Kapazitätsgründen nicht mehr melden müsse. Gleichzeitig wurde die Quarantänepflicht für Familienangehörige aufgehoben. So schlimm konnte die Seuche zu diesem Zeitpunkt wohl doch nicht gewesen sein.³²

[32] Falsche Lektionen für das Immunsystem!

Die Impfung KANN gar nicht funktionieren, weil nämlich das Immunsystem mindestens zwei falsche Lektionen lernt:

1. Dass der „virale Aggressor“ unter Umgehung der Immunabwehr in den Schleimhäuten direkt in der Muskulatur auftaucht, in die hineingeimpft wurde – was jedoch nicht den natürlichen Infektionsweg für „böse Viren“ darstellt.
2. Dass die Gefahr vom Impfvirus ausgeht. Das Impfvirus ist jedoch so stark verändert, dass die dagegen gebildeten spezifischen Antikörper nur auf das Impfvirus passen können, nicht jedoch auf sogenannte „Wildviren“.

[33] Unsinnige Pandemie-Kriterien der WHO

Die WHO hat die nächsthöhere Pandemiestufe jeweils in Situationen ausgerufen, in denen die angebliche Seuche am Abklingen war. Um die Stufe 6 ausrufen zu können, wurden von der WHO-Führung sogar heimlich die Pandemie-Einstufungskriterien verändert, indem das Kriterium „schwerer Verlauf mit Todesfällen“ einfach gestrichen wurde.³³

Die gleichen Pandemie-kriterien könnte man jederzeit bei zahlreichen weltweit kursierenden harmlosen Viren anwenden und z. B. eine „Windpocken-Pandemie“ ausrufen. Auf diese Weise werden alle mit der WHO assoziierten Nationen mehr oder weniger zu einem Spielball einer unglaubwürdigen Gesundheitspolitik und gieriger Interessengruppen.

[34] Die US-Seuchenbehörde CDC agiert wie ein Sektenguru

Die US-Seuchenbehörde CDC stellt so etwas wie einen Leitwolf unter den weltweiten WHO-Referenzlaboren dar. Bereits beim Thema SARS wurden wissenschaftlich nicht abgesicherte Hypothesen des CDC von der WHO kritiklos übernommen.³⁴ Das CDC hatte im April 2009 zwei nachweislich harmlose Erkrankungsfälle aus Südkalifornien in ihrer Bedeutung maßlos hochgespielt, nur weil es Probleme mit der Zuordnung

des H1N1-Virenstranges gegeben hatte – und auf diese Weise die weltweite Pandemie-Panikmache gestartet.³⁵

[35] Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen

In den CDC-Publikationen der ersten Wochen ist immer nur von „ähnlichen“ Viren die Rede, deren Genom „weitgehend“ identisch sei. Dass die Erkrankungsfälle von den gleichen Viren ausgelöst wurden, ist somit nur eine Vermutung. Wahrscheinlich gibt es zwischen ihnen keinerlei (viralen) Zusammenhang.

[36] Die deutschen Behörden sind willenslose Erfüllungsgehilfen!

Die zuständigen deutschen Behörden, insbesondere das RKI und das PEI, übernahmen ohne jede Plausibilitätsprüfung und völlig kritiklos die Pandemie-Behauptungen des CDC und der WHO. Damit haben sie in ihrer Verantwortung, die wissenschaftlichen Grundlagen der Pandemie-Panikmache zu prüfen, völlig versagt. Kritische Fragen an das RKI und das PEI, z. B. über Interessenkonflikte von einflußreichen Experten, Hintergrundinformationen zu Zulassungsstudien und Vereinbarungen mit Herstellern wurden in der Regel nicht oder nur unter Ausübung von Druck beantwortet.³⁶ Eine Gesundheitsbehörde, die sich in erster Linie den Bürgern verpflichtet fühlt und nichts zu verbergen hat, verhält sich anders!

[37] Auf Korruption gründende Entscheidungen

„Die Politik ist gegenüber der Pharma-Lobby machtlos. Und das seit Jahrzehnten!“ Das sagte niemand Geringeres als der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer im Jahr 2005 zum ZDF.³⁷

Damit stellt sich die Frage, welchen Herren die Bundesbehörden letztlich dienen, eigentlich nicht mehr. Da unsere Gesundheitsbehörden trotz fehlender wissenschaftlicher Grundlage die Bevölkerung in Angst und Schrecken versetzen und eine dogmatisch motivierte Durchimpfungspolitik betreiben, ist ihre Vertrauenswürdigkeit mit einem großen Fragezeichen zu versehen. Ihr Verhalten dient offensichtlich in erster Linie bestimmten finanziellen Interessen und erst in zweiter Linie der Volksgesundheit. Die meisten Pandemie-Propheten in den Behörden und Instituten profitieren selbst auf mehr oder weniger direkte Weise von ihrer Mitwirkung an der Pandemie-Panikmache, z. B. durch Konzern- und Aktiengewinne, Karriereschub, Auszeichnungen, Industrieaufträge und üppig fließende Forschungsgelder. Ihre Glaubwürdigkeit ist fragwürdig und zumindest nicht ungeprüft vorauszusetzen.

[38] Hersteller und Behörden manipulieren die Bevölkerung!

Hinter der Pandemie-Impfkampagne stehen ideologische bzw. finanzielle Gründe, jedoch keine sachlichen. Das ist wohl der eigentliche Grund, warum die Gesundheitsbehörden hauptsächlich auf Panikmache setzen, statt nüchtern und sachlich zu informieren. Offensichtlich sind wir auch im „aufgeklärten“ 21. Jahrhundert immer noch auf dieser emotionalen und manipulativen Schiene sehr gut ansprechbar.

[39] Intellektueller Autismus bei Virologen und „Impfexperten“

Seit den Zeiten von Louis Pasteur und Robert Koch befließigt sich die Zunft der Mikrobiologen einer bemerkenswerten intellektuellen Inzucht. Bestimmte Ausgangshypothesen der beiden Forscher, die vor dem Hintergrund ihrer Zeit zu sehen sind, gelten seither als eherne Gesetze und Dogmen, und jeder, der an ihnen zu rütteln wagt, gerät in Gefahr, ausgegrenzt zu werden.

Auch die Virologen von heute betrachten sich quasi als die Krönung der wissenschaftlichen Welt und fühlen sich über andere Disziplinen, wie z. B. der Toxikologie, erhaben. Mit Tunnelblick und wie intellektuelle Autisten betrachten sie das Wunder Natur ausschließlich durch ihre ideologische Brille. Solange unsere politischen Entscheidungsträger sich durch dieses Verhalten blenden lassen, dürfen wir getrost auf die nächste angebliche „Pandemie“ warten, die so sicher kommt wie der nächste Forschungsauftrag für die Pandemie-Virologen.

[40] Eines der größten Probleme ist unsere Leichtgläubigkeit

Offensichtlich neigt auch der Mensch des 21. Jahrhunderts dazu, den vermeintlich bequemeren Weg zu gehen, mit dem Strom zu schwimmen und Verantwortung – z. B. für seine Gesundheit – an Andere abzugeben. Allein diese allgemeine Tendenz sollte uns motivieren, einer medizinischen Maßnahme nicht ohne eine Plausibilitätsprüfung zuzustimmen.

Fußnoten:

- 1 „Jim West“, *Swine Flu 2009 Air Pollution Coverup*, www.whale.to/a/west.html
- 2 www.rki.de
- 3 *raum & zeit*, Ausgabe 161/2009, Seite 93
- 4 www.whale.to/vaccine/swine.html
- 5 *impf-report* Printausgabe Nr. 12/13, 2005
- 6 siehe dazu auch *impf-report* Printausgabe Nr. 52/53, 2009
- 7 siehe dazu *impf-report* Printausgabe Nr. 14/15, 2006
- 8 am 25. August 2009 in „FRONTAL 21“ (ZDF) und am 18. Juli 2009 im SPIEGEL
- 9 www.gisaid.org
- 10 *impf-report* Nr. 12/13, Seite 4
- 11 www.who.int/csr/disease/swineflu/swineflu_guidance_labs_20090427.pdf
- 12 www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm58d0421a1.htm
- 13 www.who.int/csr/disease/swineflu/swineflu_guidance_labs_20090427.pdf
- 14 zur Frage des Wirkungsnachweises siehe auch *impf-report* Nr. 34/35, Sept./Okt. 2007 „Auf der Suche nach dem Wirkungsnachweis“
- 15 Siehe dazu die Fachinformationen der Pandemieimpfstoffe auf www.impfkritik.de/fachinfo/grippe
- 16 siehe dazu Dr. med. Klaus Hartmann „Quecksilber in Impfstoffen“, *impf-report* Nr. 42/43, Mai/Juni 2007, Seite 22ff
- 17 *impf-report* Nr. 56/57, Juli/Aug. 2009, „Schwangere im Fadenkreuz“
- 18 *impf-report* Newsletter Nr. 23/2009, Meldung Nr. 12 + Nr. 24/2009, Meldung Nr. 12
- 19 siehe dazu auch Hans U. P. Tolzin „In 11 Schritten zum Virusbeweis“, *impf-report* Nr. 54/55, Mai/Juni 2009
- 20 siehe dazu Hans U. P. Tolzin „Das Rätsel der spanischen Grippe“, *impf-report* Nr. 12/13, Nov./Dez. 2005,
- 21 Gina Kolata „Influenza, die Jagd nach dem Virus“, Fischer Taschenbuch Verlag 1999, Seite 73ff
- 22 siehe dazu z. B. die Publikationen von Dr. med. Max Otto Bruker oder Dr. med. dent. Georg Schnitzer oder Dr. Joseph Mercola und die dort angegebenen Originalquellen
- 23 www.impfkritik.de/grippe, www.influenza.rki.de, *EpiBull* 37/2007
- 24 www.google.de, Stichwort „endogene Viren“
- 25 siehe Fachinformation von FOCETRIA auf www.emea.europa.eu

- 26 „Theoretische Risiken neuartiger adjuvantierter Impfstoffe und Anwendung in der Schwangerschaft“, www.pei.de
- 27 Bundesgesundheitsblatt 12/2004, Seite 1161. Siehe auch www.impfkritik.de/sicherheit
- 28 www.influenza.rki.de
- 29 www.impfkritik.de/pressespiegel/2009112703.htm
- 30 siehe dazu www.impfkritik.de/koerperverletzung/
- 31 Ärzte Zeitung online vom 13.11.2009
- 32 RTL-Now vom 18.11.2009
- 33 FRONTAL21 (ZDF) vom 25.08.2009, siehe auch *impf-report* Nr. 56/67, Juli/Aug. 2009,
- 34 siehe dazu „Das SARS-Phantom“, *impf-report* Nr. 36/37, Nov./Dez. 2007
- 35 MMWR vom 21.04.2009 (cdc.gov)
- 36 siehe z. B. www.impf-report.de/ifg-anfragen
- 37 www.youtube.com/watch?v=DCy1D1HGeeA

Literatur zu „Welche Motive haben die Seuchen-Erfinder?“ (ab Seite 89)

<http://info.kopp-verlag.de/medizin-und-gesundheit/was-aerzte-ihnen-nicht-erzaehlen/korrupter-wissenschaftler-der-verbinding-zwischen-.html>

Die Seuchen-Macher, Hintergründe und Hintermänner der Schweinegrippe-Hysterie, Michael Leitner, *impf-report* Nr. 52/53, März/April 2009, S. 7ff

„Welche Motive haben die Seuchen-Erfinder?“ Hans U. P. Tolzin, *impf-report* Nr. 52/52, März April 2009, S. 14ff

Schwerer Interessenkonflikt: Untersuchung gegen den »Schweinegrippe-Papst« der WHO, F. William Engdahl, www.kopp-online vom 10. Dez. 2009

DIE GESPONSERTE PANDEMIE - DIE WHO UND DIE SCHWEINEGRIPPE, *arznei-telegramm* 2010; 41:59

Bundesgesundheitsministerium hat sich zur Einflussnahme bekannt, www.wodarg.de vom 21. Juni 2010

Europaratsbericht „Umgang mit der Pandemie“, www.wodarg.de vom 17. Juni 2010

„WHO-Chefin wird der Panikmache bezichtigt“, www.wodarg.de vom 20. Mai 2010

Schweinegrippe - das Geschäft mit der Angst, www.wodarg.de vom 3. August 2009

Sehnsucht nach der Pandemie, Interview mit Tom Jefferson, www.spiegel.de vom 20. Juli 2009

Blauzungenkrankheit

Am 2. Mai 2008 unterschrieb der damalige Landwirtschaftsminister Horst Seehofer die sogenannte Blauzungenverordnung,¹ mit der er die Zwangsimpfung von Rindern, Schafen und Ziegen mit nicht zugelassenen Impfstoffen anordnete. Gefahr sei im Verzug gewesen, so die Begründung seines Ministeriums. Doch auf welchen Fakten, welchen Erkenntnissen und welchen Kennzahlen beruht die Entscheidung? Handelt es sich um nachvollziehbare sachliche Gründe – oder wiederholt sich hier Seehofers Resignation gegenüber der Pharmaindustrie aus seiner Amtszeit als Bundesgesundheitsminister?

„Politik ohnmächtig gegenüber der Pharmalobby“

Sucht man auf der Webseite youtube.com nach dem Namen „Horst Seehofer“, so findet man dort unter den ersten Einträgen ein ZDF-Interview mit ihm aus dem Jahr 2003.

Angesprochen auf die sogenannte „Positivliste“, mit der die Politik jahrelang versucht hatte, die steigenden Kosten für Arzneimittel einzudämmen, räumt Seehofer in diesem Interview ein, dass die Pläne für die Positivliste am Widerstand der Pharmaindustrie gescheitert seien. Als die Reporterin nachhakt, antwortet Seehofer in sichtbarer Resignation, dass die Politik gegenüber der Pharmaindustrie seit Jahrzehnten mehr oder weniger ohnmächtig sei. Horst Seehofer ist nicht irgendjemand, sondern war damals der Bundesgesundheitsminister. Wenn es jemanden gibt, der weiß, was im deutschen Gesundheitswesen abläuft, dann er.

Dass die Pharmaindustrie ihre eigenen Interessen verfolgt, ist eine Binsenweisheit. Dieses Interesse besteht darin, den Körper des Menschen als Absatzmarkt für ihre Produkte zu definieren. Nun sollte gerade das Bundesgesundheitsministerium das „Bollwerk“ der Bevölkerung gegen alle entsprechenden Versuche der Konzerne darstellen. Doch nicht nur menschliche Körper stellen einen Absatzmarkt für pharmazeutische Produkte dar, sondern auch unsere Nutz- und Haustiere. Diese sind im

Vergleich zum Menschen sogar interessanter, da bei ihnen die Zulassungs- und Sicherheitsanforderungen niedriger angesetzt sind als bei unseren Kindern. Bemerkenswert ist nun, dass der gleiche Horst Seehofer, der 2003 öffentlich die Waffen vor der pharmazeutischen Lobby streckte, von 2005 bis Oktober 2008 deutscher Landwirtschaftsminister war. Als solcher hatte er am 2. Mai 2008 die Verordnung zur Blauzungen-Zwangsimpfung von Rindern, Schafen und Ziegen zu unterzeichnen.

Die Frage drängt sich auf, ob Horst Seehofer seine Resignation aus dem Jahr 2003 inzwischen abgeschüttelt hatte und als Bundesminister für „Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz“ (BMELV) nun – erstmals(?) – die Interessen der Verbraucher und der Lebensmittelerzeuger gegenüber den Konzernen vertrat.

Fehlende nachvollziehbare Begründung

Ein wesentlicher Unterschied zwischen einer Diktatur und einer Demokratie liegt bekanntermaßen darin, dass ein Minister in einer parlamentarischen Demokratie aus seinem eigenen Selbstverständnis heraus nicht willkürlich agieren kann, sondern seine Maßnahmen gegenüber dem Volk sachlich und nachvollziehbar begründen muss. Dies gilt für einen deutschen Gesundheits- oder Landwirtschaftsminister natürlich auch dann, wenn er Horst Seehofer heißt.

Ich suchte also auf der Webseite des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz nach konkreten Kriterien für die Entscheidung zur Zwangsimpfmaßnahme. Insbesondere suchte ich nach einer entsprechenden Presseerklärung des Ministeriums. Solche Kriterien müssten meiner Ansicht nach vor allem die Überschreitung einer bestimmten Morbidität, Mortalität, Letalität und Virulenz umfassen. Gleichzeitig muss der Seuchenverlauf jede Hoffnung zunichte machen, dass es sich um ein vorübergehendes Geschehen handelt, das sich von allein wieder reguliert.

Doch ein Hinweis auf knapp 21.000 angeblich im Jahr 2007 von der Blauzungenkrankheit heimgesuchten Betriebe war alles, was auf der Webseite an konkreten Zahlen zu finden war. Auch meine Nachfragen bei der Presseabteilung des BMELV brachte keine zusätzlichen Informationen zutage: Eine Presseerklärung zur Verordnung gebe es nicht.

Nun mag dies noch nicht für den Vorwurf ausreichen, dass es sich bei der Blauzungenverordnung vom 2. Mai 2008 um einen reinen Willkür-Akt gehandelt hat. Allerdings fehlt bis zu diesem Punkt der Analyse auch ein Beweis für das Gegenteil.

Das Vollbild der BTD-Symptome

Würden bei einem an der BTD (Bluetogue-Disease = Blauzungenkrankheit) sämtliche möglichen Symptome auftreten (was in der Regel jedoch nicht der Fall ist!), dann hätte die Krankheit folgendes Erscheinungsbild:

1. **Fieber**
2. **Maul- und Nasenbereich:** Entzündungen der Nasen- und Mundschleimhaut, des Zahnfleisches, verstärkter Speichelfluss bis hin zum (blutigen) Schaum vor dem Maul, Schwellungen der Zunge und anderer Maulinnenteile, evtl. mit Blaufärbung. Ödeme im gesamten Bereich. Ablösung des Deckgewebes von Zunge, Gaumen, Gaumenplatten, Lippen
3. **Muskulatur:** Muskelschwäche, Steifheit, Lahmheit, Festliegen, Apathie, Teilnahmslosigkeit, Schiefhals
4. **Klauen/Hufe:** Kronsaum-Schwellungen, zum Teil in Verbindung mit Lahmheit, Festliegen, bis hin zu Blutungen in der Klauenlederhaut und Ausschuhern, Entzündungen im Klauenzwischen-spalt
5. **Augen:** Bindehautentzündung des Auges, mit erhöhtem Tränenfluss (Konjunktivitis)
6. **Euter/Zitzen:** Entzündungen der Haut
7. **Haut:** Ödeme, ausgehend vom Maul/Kiefer, können sich den Nacken hinunter ausstrecken; Hyperämie der Schnauze, Lippen, Fundament der Hörner, Ohren, Achsel, Leisten-gegend oder am ganzen Körper
8. **Verdauungsstörungen:** Durchfall, oft mit Blutflecken, oder Blutflecken im Stuhl
9. **Genitalien:** Verstopfung der Vulva und Vagina
10. **Wolle** (beim Schaf) verfilzt und verklebt und kann büschelweise herausgezogen werden
11. **Milchleistung** (Rind) geht zurück oder versiegt ganz
12. **Atmung:** schwerfallend, hohe Atemfrequenz

	Rind 12.675 Betriebe	Schaf 7.835 Betriebe	Ziege 242 Betriebe
Anzahl Tiere	1.304.101	501.997	3.370
Anzahl erkrankte Tiere	22.611	18.724	151
Anzahl gestorbene Tiere*	2.893	12.483	50
Morbidität %	1,96	6,22	5,96
Mortalität %	0,22	2,49	1,48
Letalität %	11,34	40,00	24,88
* einschließlich getöteter Tiere Quelle TSN: Anzahl Fälle vom 01.05.2007 bis 31.12.2007			

Im Jahr 2007 registrierte Erkrankungen und Todesfälle bei Rindern, Schafen und Ziegen. Quelle: Tierseuchenbericht 2007, www.fli.bund.de

„21.000 betroffene Betriebe“ als einziges Argument

Nachfolgend nun die Antwort der Presseabteilung auf meine Anfrage:

„Bund, Länder und Verbände sowie alle anderen Mitgliedsstaaten und die Kommission der Europäischen Union (EU-Kommission) waren und sind sich darin einig, dass in der seinerzeitigen (und gegenwärtigen) epidemiologischen Situation die flächendeckende Impfung gegen das Virus der Blauzungenkrankheit Serotyp 8 (BTV-8) in der Europäischen Union die einzige Möglichkeit eines wirksamen Schutzes gegen die Blauzungenkrankheit (BT) ist (knapp 21.000 betroffene Betriebe im Jahr 2007). Vor dem Hintergrund der gravierenden tiergesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Tierseuche haben alle Beteiligten die Impfkampagne offensiv mitgetragen. Da seinerzeit keine zugelassenen Impfstoffe zur Impfung zur Verfügung standen, hat das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz einen Impfversuch mit den in Deutschland im Verlauf der Impfkampagne 2008 zur Anwendung kommenden Impfstoffen initiiert, der von Mecklenburg-Vorpommern mit wissenschaftlicher Begleitung des Nationalen Referenzlabors für BT, dem Friedrich-Loeffler-Instituts (FLI), durchgeführt worden ist. Bzgl. der Ergebnisse sowie Antworten zu weiteren Fragen im Zusammenhang mit der BTV-8-Impfung wird auf die Internetseite verwiesen: <http://www.bmelv.de/...>“

Es mag ja interessant sein zu wissen, dass alle nationalen und internationalen zuständigen Stellen die Zwangsmaßnahme gewissermaßen mit

Tierart	Rind	Schaf	Ziege
Gesamtzahl Tiere in Deutschland	12.687.000	2.538.000	170.000
Gesamtzahl Höfe in Deutschland	197.000	29.000 ¹	12.000 ²
Durchschnitt je Hof	64	87	14
Anteil betroffener Höfe	6,4 %	27 %	?
Anteil betroffener Tiere	0,2 %	1,2 %	?

¹ www.raiffeisen.com ²Schätzung des impf-reports auf der Grundlage des Tierseuchenberichts 2007
 Daten: Tierseuchenbericht 2007, Grafik: impf-report

Gesamtzahl der Rinder, Schafe und Ziegen und der Tierhalter in Deutschland

einem seligen Lächeln durchgewunken haben. Doch eine Antwort auf meine Frage nach den konkreten Entscheidungskriterien enthielt diese Stellungnahme leider nicht. Bis auf eine Ausnahme: Die angeführten ca. 21.000 im Jahr 2007 betroffenen Betriebe. Somit wäre zu prüfen, wie diese Information zu gewichten ist.

Zunächst einmal war die nackte Anzahl natürlich erschreckend hoch. Andererseits waren die betroffenen 21.000 Tierhalter mit der Gesamtzahl aller Tierhalter in Deutschland in Relation zu setzen. Diese belief sich auf ca. 240.000. Somit waren weniger als 10 % aller Betriebe betroffen. Auf den 21.000 Höfen selbst erhielten niemals alle, sondern etwa 2 % der Rinder und etwa 6 % der Schafe und Ziegen die BT-Diagnose. Der Rest hatte sich – zumindest zum Zeitpunkt der Erhebung – offensichtlich nicht angesteckt. Die Sterberate lag bei 0,2 % (Rinder), 2,5 % (Schafe) und 1,5 % (Ziegen).

Bezieht man die Erkrankungen (einschließlich der Todesfälle) jedoch nicht auf die Gesamtzahl der Tiere auf den betroffenen Höfen, sondern auf die Gesamtzahl der Tiere in ganz Deutschland, dann waren bei den Rindern zwei von Tausend Tieren, bei den Schafen 10 von Tausend und bei den Ziegen eines von Tausend betroffen. Das sieht dann gleich wesentlich weniger bedrohlich aus.

Zudem muss zwischen den drei zwangsgeimpften Tierarten differenziert werden, denn immerhin lag die Erkrankungsrate bei den Schafen um das 10fache höher als bei den Ziegen und immer noch 5 mal höher als bei den Rindern. Zumindest bei den Ziegen musste also in Frage gestellt werden, ob die Zwangsimpfung überhaupt sinnvoll war – zumal die vom BMELV erwähnte Feldstudie keine Ziegen beinhaltete, weshalb Erfahrungswerte bezüglich der nicht zugelassenen Impfstoffe bei Ziegen komplett fehlten.

Das „Rätsel der 21.000“

Wie man die Bedeutung dieser Zahlen einschätzt, hängt mit Sicherheit vom eigenen Standpunkt gegenüber der Impfung ab. Die nackte Zahl „21.000“ könnte jedoch keinesfalls als alleinige Entscheidungsgrundlage dienen – schon gar nicht ohne Angaben zu den Kriterien und Grenzwerten von Morbidität, Mortalität und Virulenz, die bei einer sachlich begründeten Entscheidung von Seehofers Ministerium herangezogen worden sein mussten.

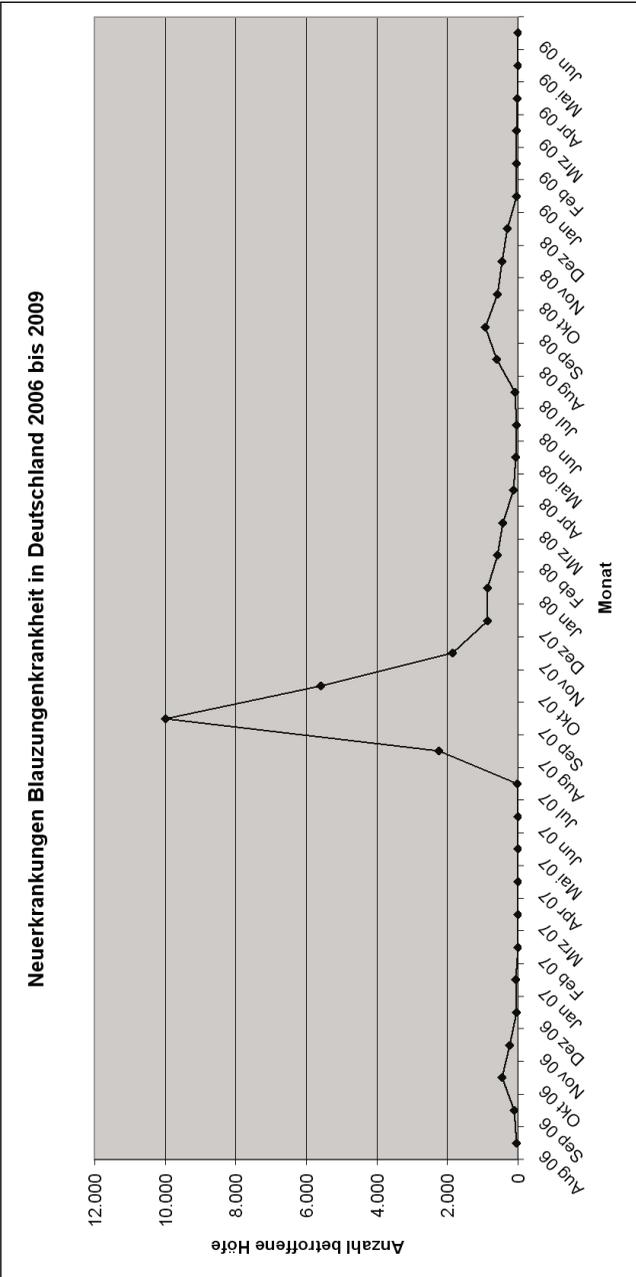
Ein weiterer wichtiger Aspekt war die allgemeine Tendenz des Seuchenverlaufs. Im Grunde konnte man aus einem oder zwei Jahren Datenerfassung nicht absehen, ob die Tendenz insgesamt steigend war und eventuell sogar eine Ausrottung aller betroffenen Tiere drohte oder nicht.

Schauen wir uns einmal die nebenstehende Grafik an, die die neu erfassten Betriebe mit Blauzungendiagnose von August 2006 bis Juni 2009 darstellt. Hier interessiert uns insbesondere der Kurvenverlauf im Jahr 2007, der ja dem BMELV zufolge das entscheidende Kriterium für die Zwangsanordnung darstellte. Wir sehen hier einen ungewöhnlich steilen Anstieg im August 2007, mit einem deutlichen Höhepunkt im September. Danach fällt die Kurve ebenso steil wieder ab. Die Mückenart, die angeblich für die Übertragung der Blauzungenkrankheit verantwortlich ist, nennt sich wissenschaftlich *Culicoides*, oder landläufig *Gnitzen*.

Die Gnitzen-Saison beginnt in der Regel frühestens im März und endet im November. Danach sind etwa drei Monate „Gnitzenpause“. Das Wetter entsprach jedoch 2007 nicht unbedingt dem Standard:

„Seit Beginn der flächendeckenden Aufzeichnungen 1901 hat es keinen so warmen Jahresanfang gegeben wie 2007. Der April war sogar der trockenste aller Zeiten: Das Rheinland meldete 15 Sommertage mit Temperaturen über 25 Grad. (...) nach dem heißen April kam im Mai der Regen – und das feuchte Wetter blieb mit wenigen Unterbrechungen bis zum Ende des Sommers. (...) Nachdem die Temperaturen bis September immer leicht über dem Schnitt gelegen hatten, wurde es danach kühler. Und schmuddelig: September, Oktober und November waren leicht zu kühl und oft nass. Schon im November fiel in den hohen Lagen Nordrhein-Westfalens der erste Schnee.“²

Aus Sicht der offiziellen Lehrmeinung gibt es ohne Gnitzen keine Übertragung von BTV. Gnitzen mögen es jedoch warm und feucht. Die Mückensaison begann 2007 witterungsbedingt im April. Da war es schon ungewöhnlich warm, wenn auch trocken. Im Mai jedoch war es richtig

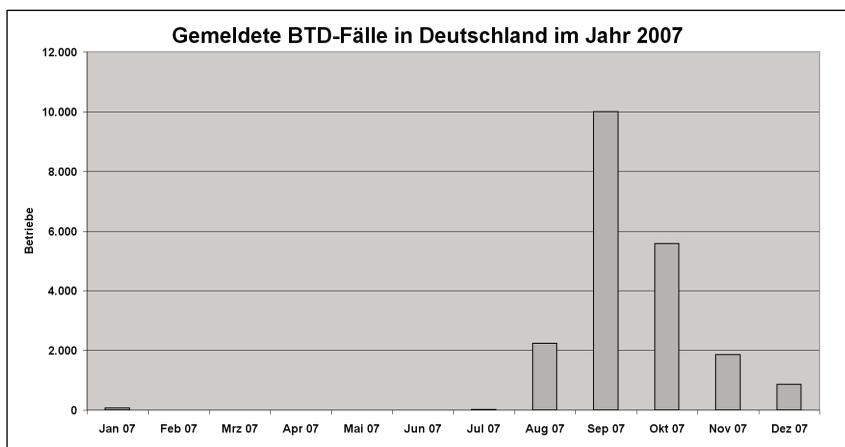


Anzahl der angeblich von der Blauzungenkrankheit betroffenen Betriebe. Der entscheidende Anstieg der Kurve fällt „zufällig“ mit der Einführung eines neuen Virentests und Intensivierung der Testungen zusammen. Daten: www.bmelv.de, Stand Juli 2009; Grafik: impf-report

feucht, während die Temperaturen im Vergleich zum April nur wenig zurückgingen. Warum jedoch explodierten die Erkrankungszahlen erst im August? Und warum gingen sie bereits im Oktober – ohne jede Impfung – wieder schlagartig zurück?

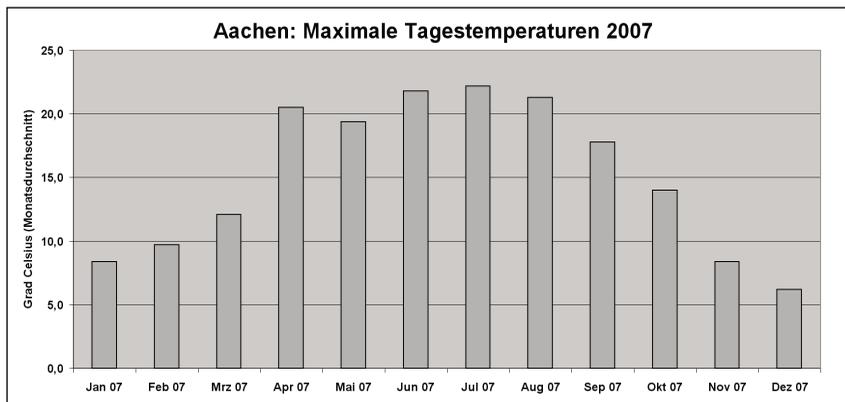
Wie anhand der Wetterdaten im Dreiländereck Deutschland-Niederlande-Belgien (Großraum Aachen) des Jahres 2007 zu sehen ist, braucht man einige Phantasie, um einen Zusammenhang zwischen der Gnitzen-Saison und der Blauzungen-Saison zu erkennen.

Auch eine Untersuchung der Ruhr-Universität Bochum, die im Rahmen einer bundesweiten Untersuchung des BMELV im Jahr 2007 vorgenommen wurde, harmoniert nicht mit dem tatsächlichen Seuchenverlauf:



Daten: www.bmelv.de

Grafik: *impf-report*

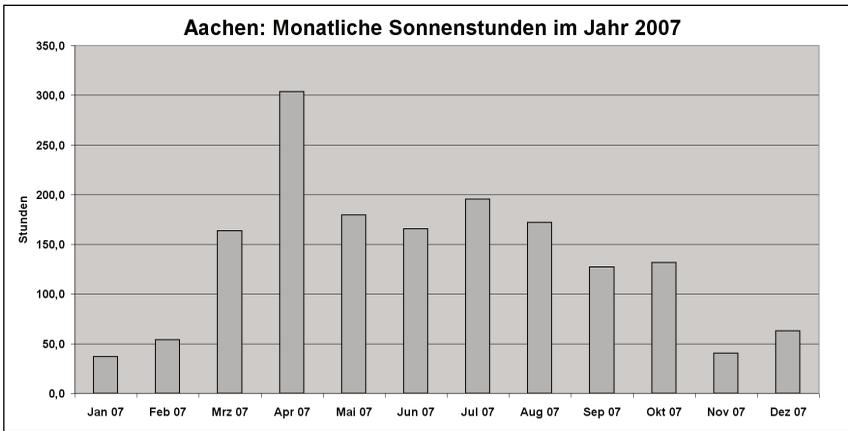


Daten: Deutscher Wetterdienst, Wetterstation Aachen

Grafik: *impf-report*

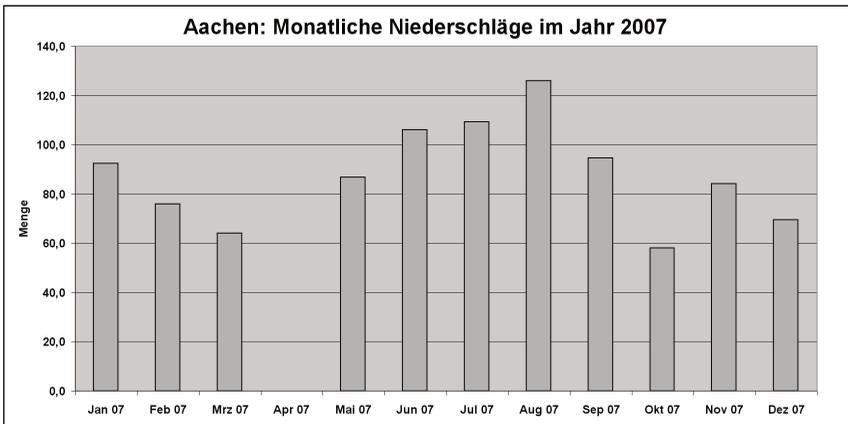
Wie anhand der Wetterdaten zu erwarten, steigt zunächst die Anzahl der im Rahmen der Studie gefangenen Mücken zwischen April und Juni an, um dann im Juli abzusinken, im August auf ein Mehrfaches anzusteigen und im September wieder stark abzusinken.³

Die Rolle der Gnitzen ist hierbei ein ganz eigenes Rätsel. Denn nur ein Bruchteil aller Mücken trägt das Virus in sich: Nicht jede Mücke findet ein an BTD erkranktes Opfer. Wie viele der Mücken, die an einem BTD-erkrankten Tier saugen, danach wirklich das Virus in sich tragen, ist gar nicht erforscht.⁴ Außerdem können nur weibliche Mücken das Virus übertragen und auch nicht alle weiblichen infizierten Mücken finden ein zweites Opfer. Und von denen, die eines finden, geben auch nicht alle



Daten: Deutscher Wetterdienst, Wetterstation Aachen

Grafik: impf-report



Daten: Deutscher Wetterdienst, Wetterstation Aachen

Grafik: impf-report

das Virus beim Saugen weiter.⁵ Aufgrund der Summe dieser „Hemmschwellen“ ist allenfalls eine sanfte Verbreitung der Krankheit denkbar – und ein plötzlicher Anstieg wie im August und September 2007 eher unwahrscheinlich.

Mögliche Erklärungen für den Seuchenverlauf

Welche anderen Ursachen wären für den merkwürdigen Seuchenverlauf denkbar? Um dies zu klären, müssen wir zunächst einen Schritt von der BTD-Diagnose zurücktreten und sie als das betrachten, worauf sie wirklich beruht, nämlich auf dem Nachweis von spezifischen Eiweißen (Antikörper-Test) oder Gensequenzen (PCR-Test).

Dass diese Eiweißmoleküle oder Genbruchstücke tatsächlich von spezifischen Blauzungen-Viren stammen, ist eine Behauptung, die zu prüfen wäre. Immerhin sind alle Rinder, Schafe und Ziegen sozusagen bis zum Hals angefüllt mit Eiweißen und Erbgut – aus diesem Reservoir bedienen sich Viren schließlich bei ihrer Vermehrung. Zudem sterben ständig Zellen ab und ihre Substanz – die unter anderem aus Eiweiß und Gensequenzen bestehen – muss von der Müllabfuhr des Körpers neutralisiert und ausgeschieden werden.

Sollten die Tests wirklich auf spezifische Viren reagieren und nicht etwa beispielsweise auf Bestandteile abgestorbener Zellen, darf man mit der Schlussfolgerung trotzdem nicht zu voreilig sein: Auch der Schulmedizin ist seit vielen Jahren das Phänomen der sogenannten „endogenen Viren“ bekannt. Hierbei handelt es sich um Viren, die nicht etwa von außen in den Organismus eingedrungen sind, sondern die von den Zellen selbst als Reaktion auf bestimmte Stressfaktoren ausgestoßen werden.

Als Stressfaktoren kommen die Haltebedingungen in Frage oder Veränderungen bei der Fütterung (z. B. Wechsel zu Genmais), Pestizide, Impfkationen oder massenhafter Einsatz von Insektiziden. Solche Stressfaktoren müssten demnach ab August 2007 in besonderer Weise bei vielen Tieren zum Tragen gekommen sein. Um dies im Einzelfall zu klären, wäre auf jeden Fall eine sorgfältige Anamnese und Differenzialdiagnose vonnöten. Beides ist jedoch im Veterinärwesen nicht üblich.

Es könnte aber auch sein, dass ab August 2007 neue Testsysteme eingeführt wurden, die ein verändertes Ergebnisverhalten zeigen und die Anwesenheit bisher angeblich nicht entdeckter Viren nun aufzudecken vermögen. Doch wie wäre damit der ebenso plötzliche Rückgang im Oktober erklärbar?

Oder aber die Grenzwerte für die behauptete Viruspositivität wurden

für die Labors verändert. Denn viele Tests schlagen bei einer unverdünnten Probe grundsätzlich positiv an, weshalb man in den Labors die Probe um einen bestimmten Faktor verdünnt, um das Ergebnis abgestuft beurteilen zu können.

Ein weiterer Faktor ist der Umgang mit den Schutzzonen. Wird ein Tier BTV-positiv getestet, egal ob es gesund oder krank ist, dann werden sofort Sperrzonen eingerichtet, die bis zu 150 km umfassen können. Innerhalb dieser Sperrzonen wird dann zum einen intensiv untersucht und getestet – und somit auch gefunden – und zum anderen werden, falls die zuständige Behörde dies so anordnete, in großem Stil Insektizide über die Tiere ausgegossen. Diese hochgiftigen Mittel können selbst wieder BTD-artige Nebenwirkungen verursachen. Spannend wäre, ob sich auch die Labortests durch diese Nebenwirkungen beeinflussen lassen. Das Phänomen ist z. B. bei der Pferdeseuche durchaus bekannt.⁶

Allein die Einrichtung von Sperrzonen kann also schon für eine „Epidemie“ sorgen, indem einfach intensiver untersucht wird als vorher. Doch die deutschen Veterinärbehörden, die meisten Tierärzte, die zuständigen Ministerien und das FLI interessieren sich nicht für solche Details. Ihnen reicht ein positiver Labortest und schon ist die Diagnosefrage geklärt und eine gigantische Seuchenbekämpfungsmaschinerie läuft an.

Ein weiterer möglicher Hintergrund für den Seuchenverlauf wäre ein intensiviertes Testen unabhängig von den Sperrzonen, z. B. im Rahmen von Studien oder einem sogenannten „Monitoring“. Solche besonderen Monitoring-Anstrengungen hat es 2007 auch gegeben. Allerdings begannen die mir bekannten Maßnahmen bereits im März. Man fand auf diese Weise Anfang Mai einige testpositive Tiere, die allerdings ansonsten gesund waren⁷ und die anscheinend auch nicht in den Tierseuchenbericht des Jahres einfließen.

Des Rätsels Lösung?

Im Zuge meiner Recherchen stieß ich schließlich auf eine Publikation des FLI, die uns einen Hinweis auf den wahren Grund für den Seuchenverlauf von 2007 geben könnte: Im Sommer 2007 wurden in Deutschland (und anscheinend auch in anderen Ländern) neue PCR-Testsysteme eingeführt, die wesentlich genauer auf die bisher bekannten 24 BTV-Subtypen ansprachen als die bisher verwendeten Testkits. Wurden bisher vorzugsweise Tiere getestet, die vor dem Verkauf standen oder die klinische Symptome zeigten, so wurde mit den neuen Tests das sogenannte Screening, also die systematische Untersuchung, intensiviert.⁸

Die Unterscheidung zwischen Tieren mit klinischen Symptomen und solchen Tieren, die zwar BTV-positiv, jedoch völlig gesund waren, ist in den Publikationen des FLI verwaschen. Das ist äußerst bedenklich, denn neben der Häufigkeit der Probenentnahme haben Falldefinition und Erfassungskriterien einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf einer Statistik. Wird im Laufe einer Datenerhebung – wie es ab August 2007 vermutlich geschehen ist – einer dieser Faktoren verändert, verliert eine Statistik jegliche Aussagekraft, da die Daten nicht mehr vergleichbar sind.

Wie auch der nachfolgende Artikel über die Feldstudie des FLI in Mecklenburg-Vorpommern zeigt, ist man beim FLI durchaus sehr „flexibel“ bei der Anwendung wissenschaftlicher Methoden, wenn es z. B. der Rechtfertigung von Massenimpfungen dient.

Das ist nichts Neues: Das Verhalten des Instituts im Zusammenhang mit der sogenannten Vogelgrippe (H5N1) im Winter 2005/2006 stellte im Grunde eine ebenso systematische wie unnötige Panikmache dar.⁷

Tunnelblick und Unterlassungen versperren Sicht auf nichtinfektiöse Ursachen

Die nackte Zahl der 21.000 im Jahr 2007 gemeldeten BTD-Betriebe reicht als Begründung für Zwangsmaßnahmen nicht aus. Weitere konkrete Entscheidungskriterien wurden vom BMELV jedoch nicht genannt. Bezüglich der gemeldeten Betriebe drängt sich zudem der Verdacht auf, dass hier kerngesunde Tiere durch fragwürdige Labortests, die über den tatsächlichen Gesundheitszustand eines Tieres nichts aussagen, systematisch für krank erklärt wurden. Die Meldungen können auch als direkte Folge eines fahrlässigen Umgangs des FLI mit Fall- und Erfassungskriterien angesehen werden.

Sollte es für die tatsächlich aufgetretenen BTD-typischen Krankheits-symptome auch andere als infektiöse Ursachen geben, so wird ihre Entdeckung durch die tunnelblickartige Fixierung auf Viren und das systematische Unterlassen von Differenzialdiagnosen nachhaltig verhindert. Diese Politik der zuständigen Behörden und Ministerien sowie die Unterzeichnung der Zwangsverordnung durch Horst Seehofer kann nur als grob fahrlässig bezeichnet werden.

Die Alibi-Studie des FLI

Das Bundeslandwirtschaftsministerium (BMELV) bezog sich in seiner Begründung für die Notwendigkeit der Blauzungen-Zwangsverordnung auf die Zahl der 21.000 im Vorjahr von der Krankheit betroffenen Betriebe. Als Nachweis dafür, dass der Impfstoff wirksam und sicher sei, wurde hingegen eine vom 18. März bis 13. Mai 2008 in drei Betrieben in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) durchgeführte Feldstudie angeführt. Verantwortlich: Das Friedrich-Löffler-Institut (FLI). Der Zuschlag für die Impfstoffe erfolgte jedoch bereits am 29. März, also nur 11 Tage nach Beginn der Studie.⁹ Minister Seehofer unterzeichnete die Zwangsverordnung am 2. Mai, 11 Tage vor dem Ende der Studie. Die Feldstudie kann also keine Entscheidungsgrundlage gewesen sein. War sie in Wahrheit nichts weiter als ein Alibi für einen beispiellosen Willkürakt?

Wie setzt man eine aussagekräftige Studie auf?

Will man zuverlässige Daten über Wirksamkeit und Sicherheit eines Impfstoffs, so gilt es, eine Studie durchzuführen, die bestimmte Mindestkriterien erfüllt. Diese Kriterien betreffen z. B. die Größe der Testgruppen, die Laufzeit der Studie, die Notwendigkeit einer Placebogruppe, die völlige Unabhängigkeit von den Impfstoffherstellern, die repräsentative Auswahl der Testgruppen, die Transparenz der Daten und der Umgang mit Studienabbrechern unter den Testteilnehmern bzw. Versuchstieren.

Eine naheliegende Orientierungsgröße für eine Feldstudie im Jahr 2008 stellt der Seuchenverlauf des Jahres 2007 dar: Die Erkrankungsrate im Verhältnis zu der Gesamtpopulation der Rinder lag damals bei zwei Promille, bei den Schafen bei zehn Promille und bei den Ziegen bei einem Promille. Dabei gehen wir davon aus, dass es sich um tatsächlich erkrankte Tiere gehandelt hat und nicht etwa um solche, die nur testpositiv waren, also angeblich das Virus in sich trugen, ansonsten aber völlig gesund waren.

Unter der Annahme, dass die Erkrankungsraten im Folgejahr 2008 mindestens genauso hoch sein würden – bei einer rückläufigen Seuchentendenz hätte eine Zwangsimpfung ja keinerlei Sinn – müssten die

jeweiligen Versuchsgruppen eine Größe von mindestens 10.000 Tieren umfassen. Auf diese Weise wäre gewährleistet, dass sowohl in den Impfalts auch in den Placebogruppen genügend Blauzungenfälle auftreten, um die jeweilige Erkrankungsrate vergleichen zu können.

Das bedeutet konkret, dass 10.000 Tiere mit einem experimentellen Impfstoff geimpft werden müssten und 10.000 Tiere ein Placebo erhalten. Um jede bewusste oder unbewusste Beeinflussung bei der Erfassung des Gesundheitszustandes der Versuchstiere ausschließen zu können, muss es sich um eine sogenannte Doppelblindstudie handeln: Weder der Tierhalter noch die Veterinäre der Studie dürften wissen, ob den Tieren der echte Impfstoff oder aber eine physiologische Kochsalzlösung als wirkungsloses Scheinmedikament verabreicht wurde. Die Studie müsste wenigstens ein Jahr laufen, um auch langfristige Nebenwirkungen, z. B. verursacht durch den Zusatzstoff Aluminiumhydroxid, erfassen zu können.¹²

Im Laufe dieser wenigstens zwölf Monate müsste der Gesundheitszustand der Versuchstiere permanent kontrolliert und protokolliert werden. Erst nach dem Ende der Studie dürfen die erfassten Daten der geimpften und der mit einem Placebo geimpften Tiere entblindet und miteinander verglichen werden.

Nur wenn die geimpften Tiere deutlich gesünder sind als die ungeimpften Tiere, sowohl in Bezug auf die Symptome, gegen die geimpft wird (Wirksamkeit), als auch in Bezug auf den gesamten Gesundheitszustand (Nebenwirkungen) kann man von einer Wirksamkeit im Sinne von *„geimpfte Tiere sind nachweislich gesünder“* sprechen und eine freiwillige oder verpflichtende Impfung in Erwägung ziehen. Solange keine zuverlässigen Daten dieser Art vorliegen, stellt jede Impfung ein Experiment, ein Spiel mit dem Feuer, und jede Zwangsimpfungsverordnung einen Willkürakt dar.

Zähes Ringen um den Abschlussbericht

Meine Recherchen ergaben, dass die besagte Feldstudie in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) vom FLI durchgeführt worden war. Als ich dort unter Berufung auf das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) Einblick in die Studie verlangte, wurde ich gebeten, mich doch an das Landesministerium für Landwirtschaft, Umwelt und Verbraucherschutz in Mecklenburg-Vorpommern zu wenden. Das FLI sei bei der Studie *„lediglich begleitend tätig“* gewesen. Ich wandte mich also an das Ministerium in M-V, blitzte dort jedoch ebenfalls ab:

„Es ist richtig, dass im letzten Jahr in M-V vor Beginn der flächen-deckenden BTV-8-Impfung in Deutschland im Auftrag der Bundes-länder eine Feldstudie zur Verträglichkeit von BTV-8-Impfstoffen dreier Hersteller mit wissenschaftlicher Begleitung des FLI durch-geführt wurde. Die Wirksamkeitsstudie wurde ausschließlich beim FLI durchgeführt. Die Auswertung des Versuches erfolgte beim FLI, das die Ergebnisse auch zur Publikation gebracht hat. Bezü-glich der Ergebnisse und des Designs möchte ich Sie deshalb bitten, Kontakt zum FLI aufzunehmen. Zur Verfügung stellen kann ich Ihnen eine ppt-Präsentation DE zu den ersten Aussagen zur Studie, die auf der Home-Page der EU-KOM eingestellt ist. Da es bei wissenschaftlichen Untersuchungen auch Rechte an den Da-ten zu berücksichtigen gibt, muss ich Sie um Verständnis bitten, Ihnen nicht mehr zur Verfügung stellen zu können.“

Mit dieser Auskunft im Rücken sprach ich also erneut beim FLI vor und erhielt nun folgende Auskunft:

„(...) Ihrem Begehren kann momentan nicht nachgekommen wer-den: Nach § 6 Satz 1 IFG besteht der Anspruch auf Informations-zugang nicht, soweit der Schutz geistigen Eigentums entgegen-steht. Im Rahmen dieser Vorschrift ist nicht nur das Verwertungs-recht des Urhebers, sondern auch das Veröffentlichungsrecht zu berücksichtigen (...). Die von Ihnen begehrte Publikation des FLI ist bislang noch nicht zur Veröffentlichung angenommen worden. Um den Erfolg der Veröffentlichung nicht durch eine Vorabveröf-fentlichung Ihnen gegenüber zu gefährden, berufen wir uns auf § 6 Satz 1 IFG. (...)“

Diese Begründung empfand ich als unzureichend. Aus meiner Sicht muss die uneingeschränkte – und zeitnahe – Transparenz einer derart schwerwiegenden Entscheidung wie der Zwangsimpfverordnung den höchsten Stellenwert haben. Eine Veröffentlichung der Studienpublikati-on in einer wissenschaftlichen englischsprachigen Fachzeitschrift sollte eine umgehende Bereitstellung der Informationen in deutscher Sprache – z. B. auf der Webseite des FLI – nicht tangieren. Ich schaltete also meinen Rechtsanwalt ein. Dieser schrieb dem FLI einen langen Brief, in dem es abschließend hieß:

„Es ist beim besten Willen nicht ersichtlich, welcher Schaden für das geistige Eigentum des FLI durch die Erteilung der erbetenen Information angerichtet werden könnte.“

Auf dieses Schreiben gab es innerhalb der folgenden vier Wochen keine Reaktion, worauf mein Anwalt noch einmal schriftlich nachhakte und die Inanspruchnahme gerichtlicher Hilfe androhte. Daraufhin meldete sich die Pressestelle des FLI telefonisch und drückte die Sorge aus, dass die Veröffentlichung der Publikation in der Fachzeitschrift „Vaccine“ gefährdet sei, sollte das FLI die deutsche Version vorab veröffentlichen. Ich bat nun meinen Anwalt, das FLI darauf hinzuweisen, dass in Züchter- und impfkritischen Kreisen der 42seitige Abschlussbericht des FLI längst kursiere und auch auf der Webseite eines Schafzüchters herunterzuladen sei. Diesen Abschlussbericht kannte ich deshalb auch schon längst. Was ich vom FLI benötigte, war im Grunde nur die Bestätigung der Echtheit dieses bemerkenswerten Dokuments.

Im weiteren Verlauf beharrte das FLI jedoch darauf, mir den Abschlussbericht solange nicht zugänglich zu machen, wie er nicht von „Vaccine“ angenommen worden sei. Im übrigen behalte sich das FLI rechtliche Schritte gegen den von mir erwähnten Webseitenbetreiber vor. Da diese Drohung bei einer Fälschung unnötig wäre, hatte ich nun die gewünschte Bestätigung der Echtheit des Dokuments. Sie finden das Original auf meiner Webseite zum Download.¹⁰ Bis heute (Sommer 2012) ist dieses Dokument dort verfügbar, ohne dass das FLI es gewagt hätte, mir deshalb Schwierigkeiten zu machen.

Unzureichende Gruppengrößen

Ziel der Studie sei, so heißt es gleich auf Seite zwei des Berichts, die Überprüfung der Unbedenklichkeit des Einsatzes der Impfstoffe BLUE-VAC 8, BTVPUR und ZULVAC 8: Lokale und systemische Reaktionen, erhöhte Sterblichkeit und Leistungsverluste. Weiteres Ziel im Rahmen einer Substudie sei eine „*Abschätzung der Wirksamkeit*“.

Die Versuchsgruppen der Rinder und Schafe waren in Jungtiere (JT) und erwachsene Tiere (AT) aufgeteilt sowie in Geimpfte und Placebo-Geimpfte. Die Durchschnittsgröße der Gruppen betrug bei den Rindern 150 Tiere und bei den Schafen 91 Tiere. Bei dieser Gruppengröße war natürlich nicht mit BTB-Erkrankungen zu rechnen, zumal Mecklenburg-Vorpommern nicht zu den bevorzugten Ausbreitungsgebieten des Blauzungenvirus gehörte. Ein Vergleich der Erkrankungshäufigkeit bei Geimpften und Ungeimpften war somit völlig unmöglich.

Auch bezüglich der Häufigkeit von Nebenwirkungen lassen derart kleine Versuchsgruppen keine aussagekräftige Schlussfolgerung zu. Dazu kommt noch, dass die Studienverantwortlichen aus jeder Versuchsgrup-

pe noch vor der ersten Impfung 40 Tiere aussuchten, um sie während der Studie näher zu beobachten, so dass man bei der Beurteilung der Nebenwirkungen von einer tatsächlichen Gruppengröße von nur 40 Tieren (!) ausgehen muss.

Da die Erkrankungsraten des Jahres 2007 zwischen einem Promille und einem Prozent lagen, sollte eine Feldstudie bezüglich der Nebenwirkungen eine Aussage in der gleichen Größenordnung ermöglichen. Denn sollte sich herausstellen, dass die Nebenwirkungen den angenommenen maximalen Nutzen überwiegen, hätte die Impfung selbstverständlich keinen Sinn. Um eine Nebenwirkungshäufigkeit von etwa 1:1000, also einem Promille, mit ausreichend hoher statistischer Wahrscheinlichkeit erfassen zu können, ist aber eben jene von mir eingangs genannte Versuchsgruppengröße von wenigstens etwa 10.000 Tieren nötig.

Wenn eine bestimmte Nebenwirkung in einer Versuchsgruppe von 40 Tieren nicht auftritt, dann beträgt die mögliche zufallsbedingte Streuung aus rein mathematischen Gründen bis zu etwa 15 %. Das heißt, es könnten im Extremfall bis zu sechs von 40 geimpften Tieren an der Impfung schwer erkranken und dennoch kann bei einer Stichprobengröße von 40 Tieren die erfasste Nebenwirkungsrate per Zufall bei Null liegen. Nebenwirkungen, die insgesamt seltener als etwa 1:10 auftreten, konnten demnach bei der Feldstudie nicht mit ausreichender Sicherheit erfasst werden. Die vom FLI, dem BMELV, den Veterinärbehörden, den Landräten und den meisten Tierärzten von Anfang an wie ein Mantra ständig wiederholte Behauptung, die drei getesteten Impfstoffe seien „sicher“, entbehrt somit allein schon aufgrund der Gruppengröße jeder sachlichen Grundlage.

Bescheidene Studienlaufzeit

Je mehr Zeit zwischen einer Impfung und einer Erkrankung vergangen ist, desto schwieriger ist natürlich der Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs. Dies kann jedoch aus wissenschaftlicher Sicht nicht als Argument dafür dienen, unerklärliche Symptome, die mehrere Wochen oder Monate nach einer Impfung auftreten, von vornherein als „nicht im Zusammenhang stehend“ zu deklarieren. Das Problem ist nun, dass die Laufzeit der allermeisten Impfstoff-Zulassungsstudien einfach zu kurz ist, um langfristige Schäden überhaupt zu bemerken.

Dies musste auch der kanadische Neurowissenschaftler Christopher A. Shaw feststellen, als er den möglichen Zusammenhang zwischen dem Golfkriegssyndrom und der Anthrax-Impfung untersuchte, die alle

US-Soldaten vor ihrem Einsatz in der Golfregion erhalten hatten. Diese Impfung enthält ebenso wie die drei BTV-8-Impfstoffe den Zusatzstoff Aluminiumhydroxid, ein starkes Nervengift.

Shaw und sein Team von der University of British Columbia injizierten den Impfstoff in Labormäuse. Erst nach einer Beobachtungszeit von 20 Wochen stellten die Forscher im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante, also statistisch bedeutsame, Zunahme von Angst, Gedächtnisstörungen und allergischen Hautreaktionen fest. Bei der Obduktion der Versuchstiere stellte sich dann heraus, dass bei den geimpften Tieren bis zu 35 Prozent der Gehirnzellen abgestorben waren. Es sei möglich, so Shaw, dass es über 10.000 Studien gebe, welche die Sicherheit von Aluminiumhydroxid bei Injektionen nachweisen. Aber er könne keine finden, die über die ersten Wochen nach der Verabreichung hinausgingen.¹²

Eine Gesamtlaufzeit von 55 Tagen ist demnach völlig unzureichend, wenn man die tatsächlichen Nebenwirkungen einer Impfung erfassen will. Man scheint die Studienlaufzeit vielmehr darauf abgestimmt zu haben, eine möglichst hohe Serokonversion, also Anstieg des sogenannten Antikörpertiters im Blut, nachweisen zu können. Diese ist einige Wochen nach einer Impfung am höchsten: Drei Wochen nach der zweiten Impfung wurde bei 98,7 Prozent der Tiere ein als ausreichend angesehener Antikörperspiegel nachgewiesen. Und dieser gilt immer noch als wichtigster Nachweis für die Wirksamkeit, bei den Veterinär- wie bei den Humanimpfstoffen.

Wissenschaftliche Beweise dafür, dass ein hoher AK-Spiegel tatsächlich Nichterkrankung bedeutet, konnten mir jedoch, wie bereits angeführt, die zuständigen Bundesbehörden bis heute nicht nennen. Selbst die Autoren der Feldstudie schreiben ganz offen:

„Ob die ELISA-Ergebnisse Aussagen bezüglich einer schützenden Immunantwort ermöglichen, ist nicht bekannt“.

Um es auf eine einfache Formel zu bringen: Wer wirklich an einer möglichst exakten Erfassung der Nebenwirkungen interessiert ist, setzt die Laufzeit auf mindestens ein Jahr fest. Wer aber nicht daran interessiert ist, lässt die Studie nur lange genug laufen, um zufriedenstellende Antikörperwerte nachweisen zu können. Auch wenn diese Werte über tatsächliche Immunität nicht wirklich etwas aussagen.

Zahlreiche Ungenauigkeiten

Auf Seite sechs des 42seitigen Berichts, den mir das FLI nicht geben wollte, findet sich der Hinweis, dass acht der Rinder unbekanntem Ge-

schlechts seien. Nun ist es aber bei Rindviechern kaum möglich, sich beim Geschlecht der Tiere zu täuschen – was einiges über die Qualität der Studie bzw. die Qualifikation des Studienpersonals aussagt.

Des Weiteren wurde zwar die Milchmenge gemessen, nicht jedoch die Milchqualität z. B. anhand der sogenannten Zellzahlen. Jede Behauptung, die von vielen Landwirten nach der Impfung beobachtete Erhöhung der Zellzahlen könne nicht auf die Impfung zurückzuführen sein, entbehrt somit jeder sachlichen Grundlage.

Bei den Schafen im Betrieb 1 gab es bei 43 von insgesamt 821 schwarzköpfigen Fleischschafen widersprüchliche Angaben bezüglich ihrer Versuchsgruppen-Zugehörigkeit, so dass sie von der Auswertung ausgeschlossen wurden. Das sind immerhin 5 % der Tiere. Bei derart kleinen Versuchsgruppen kann jedoch bereits ein einziges Tier, das aus der Studie herausfällt, signifikante (statistisch bedeutsame) Auswirkungen auf das Ergebnis haben.

Die korrekte Durchführung der Impfungen und Datenerhebungen wurde nicht etwa durchgängig, sondern nur stichprobenartig von einem einzigen „unabhängigen Mitarbeiter“ kontrolliert.

Während vor der ersten Impfung alle Tiere seronegativ (negatives Testergebnis auf Antikörper) waren, waren zwei der Kontrolltiere aus Schafbetrieb 1 seropositiv (positives Testergebnis auf Antikörper) – ohne geimpft worden oder erkrankt gewesen zu sein. Somit hatten 8 % der Placebogruppe auf völlig unerklärliche Weise Antikörper gegen das BTV entwickelt. Auch im Schafbetrieb 2 war dies bei einem Tier der Fall. Kommentar der Studienautoren: *„Verwechslung der Tiere trotz eindeutiger Ohrmarken kann nicht ausgeschlossen werden.“*

Entgegen den Vorgaben des Studienprotokolls wurden 100 Schafe aus dem Betrieb 1 versehentlich mit der doppelten Dosis von BTVPUR geimpft. In dieser Gruppe gab es einige Verlämungen. Diese wurden jedoch als „nicht signifikant“ gewertet, da es auch am Tag vor der Impfung Verlämungen in vergleichbarer Anzahl gegeben hatte. Hier zeigt sich, dass eine längere Beobachtung der Tiere vor der ersten Impfung sehr hilfreich gewesen wäre, um einen aussagefähigeren Vergleich vorher-nachher zuzulassen.

Bei neun erwachsenen Rindern der Gruppe BTVPUR wurde am 35. Tag ein kurzzeitiger Temperaturanstieg festgestellt. Die Studienautoren halten einen Zusammenhang mit der Impfung für unwahrscheinlich, da sie solche Impfreaktionen nur innerhalb der ersten zwei Tage erwarteten. Was sie nicht erwarteten, existierte somit nicht für sie? Über weitere Untersuchungen zur Ursachenklärung wird nicht berichtet.

Auch bei den Jungschafen in Betrieb 1 wurde eine Woche nach der Impfung eine deutliche Temperaturerhöhung festgestellt. Auch hier halten die Autoren einen Zusammenhang allein deshalb für unwahrscheinlich, weil sie ihn in diesem zeitlichen Abstand nicht erwarteten. Ein typisches Beispiel, wie die Erwartungen von Studienautoren das Ergebnis beeinflussen können. Auch das nachfolgende Zitat spricht für sich:

„Bei der Beschreibung der lokalen Impfreaktionen muss bedacht werden, dass diese nicht nur in den unterschiedlichen Betrieben, sondern auch an unterschiedlichen Tagen von unterschiedlichen Personen und ohne ein einheitliches Protokoll beurteilt wurden.“
(Unterstreichung hinzugefügt)

Die Schafe im Betrieb 2 waren zudem nicht nach dem Zufallsprinzip den einzelnen Gruppen zugeordnet worden, sondern man wollte etablierte Schafruppen nicht voneinander trennen. So gab es Versuchsgruppen mit einem ungewöhnlich hohen Anteil an trächtigen Tieren.

Einige Verlämungen im Betrieb 2 wurden als „nicht näher spezifiziert“ gekennzeichnet, was darauf hindeutet, dass die Anzahl der jeweils totgeborenen Lämmer gar nicht erfasst wurde. In einem Fall erhielt ein Schaf, dass mit ZULVAC 8 geimpft worden war, versehentlich eine Boosterimpfung mit BTVPUR.

Challenge-Inokulationen

Vier Wochen nach der zweiten Impfung erhielten insgesamt 47 Rinder und Schafe eine sogenannte Challenge-Inokulation (Injizierung von vermutlich krankmachenden Viren, um die Immunität nach einer Impfung zu testen). Die Tiere wurden dazu in die Isolierstation des FLI gebracht.

Bis auf ein Schaf waren alle geimpften Tiere seropositiv, hatten also Antikörper, die als Schutz gegen eine Erkrankung galten. Gleichzeitig waren alle Tiere PCR-Negativ, was aus Sicht der Schulmedizin bedeutet, dass man das krankmachende Virus BTV-8 nicht gefunden hatte. Die Tiere aus der Placebogruppe waren dagegen seronegativ, was natürlich den Erwartungen der Studienautoren entspricht.

Sämtliche 47 Tiere erhielten nun 4 ml mit BTV-8 verseuchtes Rinderblut injiziert. Man versuchte sie also anzustecken und wollte beobachten, welche Tiere krank wurden. Bei den geimpften Rindern blieb der PCR-Nachweis negativ, was als Fehlen einer Infektion mit BTV-8 interpretiert wurde. Dagegen reagierten die ungeimpften Rinder PCR-positiv.

Fünf von sechs Placebo-Schafen und das geimpfte seronegative Schaf hatten einen positiven PCR auf das Virus. Ein weiteres geimpftes

Schaf testete PCR-positiv, aber „in derart geringer Konzentration“, dass man von einer weiteren Überprüfung absah.

Abgesehen davon, dass derart kleine Versuchsgruppen (5 oder 6 Tiere) keine statistische Aussage für die gesamte Tierpopulation zulassen, sind sowohl die Messwerte zur Immunität (AK-Titer) als auch zum Infektionsstatus (PCR) zu hinterfragen. Wie die Studienautoren selbst schreiben, ist die Aussagekraft des Titers unsicher. Laut Auskunft des FLI sagt auch der PCR-Status nichts über den tatsächlichen Gesundheitszustand eines Tieres aus.¹¹

Überraschend war jedoch für mich, dass die Placebo-geimpften Tiere bei der Challenge-Inokulation tatsächlich PCR-positiv reagiert haben sollen. Dies entspricht den Erwartungen der Schulmedizin, wäre allerdings die erste Studie, die ich kenne, bei der ein echtes Placebo (also eine reine physiologische Kochsalzlösung) zu einem positiven PCR-Tests geführt hätte. Da es sich um keine Doppelblindstudie handelt, frage ich mich natürlich, inwieweit hier manipuliert worden sein könnte.

Fehlgeschlagene Ansteckungsversuche

Bei der Bewertung der Challenge-Inokulation findet sich auch folgendes Zitat:

„Einige der ungeimpften, PCR-positiven Schafe zeigten milde klinische Anzeichen einer Erkrankung und erhöhte Körpertemperaturen.“

Angaben über die Reaktionen der geimpften Rinder und Schafe fehlen seltsamerweise, so dass ein Vergleich der aufgetretenen Symptome nach dem Ansteckungsversuch nicht möglich ist. Es ist jedoch zu vermuten, dass die geimpften Schafe auf das Einbringen von Fremdblut – zumal einer anderen Tiergattung – gleichfalls mit „milden Symptomen“ reagierten. Wichtig ist hier vor allem die Feststellung, dass die ungeimpften Tiere trotz fehlender Antikörper nach massivem Ansteckungsversuch mit dem angeblich so gefährlichen Blauzungen-Virus NICHT an der Blauzungenkrankheit erkrankten! Dies zeigt einmal mehr, wie beschränkt der Nutzen von ELISA- und PCR-Tests bezüglich der Beurteilung des Gesundheitszustandes von Tieren ist. Die Studienautoren gehen jedoch über all diese eklatanten Widersprüche einfach hinweg.

Völlig wertloser Feldtest

Die geringe Größe der Testgruppen, die kurze Laufzeit und das Fehlen eines Doppelblind-Designs lässt darauf schließen, dass niemals beabsichtigt war, belastbare Daten über Wirksamkeit und Sicherheit der untersuchten Impfstoffe zu erheben. Darüber hinaus wurde die Studie sehr schlampig durchgeführt. Das Spektrum der möglichen unbeabsichtigten oder beabsichtigten Manipulationen ist so groß, dass man diese Studie nur als völlig wertlos betrachten kann. Nebenwirkungen, die seltener als etwa bei einem von 10 Tieren auftreten, konnten bedingt durch die kleine Stichprobengröße nur durch Zufall erfasst werden. Die Aussage, die Feldstudie habe bewiesen, dass die getesteten Impfstoffe sicher seien, grenzt deshalb an vorsätzliche Täuschung. Darüber hinaus führen die misslungenen Ansteckungsversuche von ungeimpften Tieren die gesamte Viruspanikmache völlig ad absurdum.

Nebenwirkungen & Impfschäden der Blauzungen-Zwangsimpfung

Glaubt man den zuständigen Ministerien, den Landräten und Veterinärbehörden, dann sind die Blauzungenimpfstoffe sicher und Nebenwirkungen äußerst selten. Doch zahlreiche Landwirte berichteten genau das Gegenteil. Obwohl Tierärzte und Veterinärbehörden den teilweise immensen Gesundheitsschäden meistens völlig ratlos gegenüberstanden, wurde in der Regel jeder Zusammenhang mit den vorausgegangenen Impfungen kategorisch geleugnet. Immer mehr Landwirte wollten sich diese Behandlung, die sie als von oben herab und arrogant erlebten, nicht mehr gefallen lassen, organisierten sich und organisierten Protestveranstaltungen.

Die Katastrophe kam nach der Impfung

Etwa zweihundert Landwirte und Sympathisanten versammelten sich vor dem Jakobsbrunnen auf dem Stadtplatz im ostbayerischen Straubing. Mit Plakaten und Bannern protestierten sie gegen die Blauzungenzwangsimpfung, die per Verordnung des Bundeslandwirtschaftsministeriums am 2. Mai 2008 verabschiedet worden war. Betroffene Landwirte berichteten am Mikrophon von Zwangsgeldern oder gar Kontenpfändungen. Zahlreiche Versuche, mit den Landräten ins Gespräch zu kommen, hatte es gegeben. Doch mit den meisten Landräten war nicht zu reden. Andere Landwirte berichteten, wie es ihren Tieren nach der Impfung ihres Bestandes gegangen ist. Besonders erschütternd der Bericht von Heidrun Wolf aus dem hessischen Lautertal. Mit ihrem Mann Rudolf hat sie einen Milchviehbetrieb. Von 143 geimpften Tieren waren jetzt über 100 krank, sechs Tiere verstorben, mindestens 10 Fälle von totalem Milchausfall nach der Geburt. Das Leid ihrer Tiere geht Heidrun Wolf sichtlich nahe. Die Wolfs haben zwei Kinder und bewirtschaften den Hof in der vierten Generation. 170 Hektar Land haben sie unter ihrer Obhut. Wie es weitergehen soll, wissen sie nicht. Sie hoffen, dass sich die Tiere jetzt schnell wieder erholen würden. Bisher sah es aber nicht danach aus. Wird der Impfschaden anerkannt, zahlt die Tierseuchenkasse den Verlust. Die

Chancen stehen gut, denn der Tierarzt des Hofes plädiert auf Impfschaden. Dennoch war mit einem Wertverlust zu rechnen, abgesehen davon, dass der Tierbestand vielleicht völlig neu aufgebaut werden muss. Den materiellen Schaden schätzen sie auf bisher ca. 100.000 Euro. Doch bislang hatte die Tierseuchenkasse nicht reagiert.

Und wer trägt die Schuld? Die Redner auf der Straubinger Demo schimpften vor allem auf die bayerischen Landräte und auf die bayerische Regierung, denn von dort wurde enormer Druck auf die Landwirte ausgeübt.

Zahllose Impfschadensberichte

Aus allen deutschsprachigen Ländern, in denen die Impfung zumindest zum Teil zwangsweise durchgeführt wurde, gab es massenweise Meldungen von starken Nebenwirkungen, Impfschäden und Todesfällen. Repräsentativ für alle anderen zitieren wir nachfolgend Auszüge der Berichte, die vom österreichischen Verein „Schöpfungsverantwortung Tier & Mensch“ (www.tier-mensch.at) zusammengestellt wurden:

„Die meisten geimpften Tiere (neun Kühe und vier Kalbinnen) bekamen zur gleichen Zeit Hustenanfälle. Auch Fressunlust und Fieber war bei den meisten zu beobachten. Auch war ein Milchleistungsabfall von bis zu 25 % zu bemerken. Zwei Tiere wurden nicht geimpft, bei diesen traten auch keine Krankheitssymptome auf.“

„Kuh verendete vier Tage nach Impfung.“

„Drei Kühe haben nach der Impfung verworfen.“

„Zwei Kühe hatten Aborte nach der Impfung.“

„Impfung, drei Kühe lagen nach der Kalbung fest.“

„Zwei Kühe verendet. Eine Kuh war bei Impfung schon geschwächt.“

„Kuh ein paar Tage nach Impfung verendet, Tierarzt weiß nicht wovon, aber angeblich war es nicht die Impfung!“

„Eine Woche nach der Impfung gebar eine Kuh um 10 Tage zu früh ihr Kalb. Es kam mit den Hinterbeinen zuerst. Das Kalb machte noch einige Atemzüge, dann starb es.“

„Nach der ersten Impfung gab es bereits leichte Probleme: Erhöhte Zellzahlen, Milchleistungsabfall, gestörtes Fressverhalten, eine Frühgeburt (Kalb lebte aber); fast alle Kälber haben nach 2-3 Tagen Durchfall bekommen (von der Milch der geimpften Kühe). Man hat es akzeptiert, weil man sich noch nicht damit beschäftigt und auch noch nichts beweisen

konnte. Die zweite Impfung war am Donnerstag, den 9. Januar, Vormittag: Der Tierarzt wurde vor der Impfung gebeten, den Bestand zu untersuchen, ob auch alles in Ordnung war, welches er auch tat. Der Tierarzt war sehr bemüht die Impfung stressfrei durchzuführen, stellte Körperkontakt her, usw. Am Tag danach war es dann eine Katastrophe: Gleich bei den ersten sieben gemolkenen Kühen wurde ein Schalmtest gemacht, wo ein Zellzahlwert von ca. 400.000 bis 500.000 festgestellt wurde. Einige Kühe hatten Klumpen in der Milch (Eiterentzündungen). Ich habe dann den Tierarzt angerufen, welcher auch gleich kam. Er bestätigte auch den Zellgehalt der Gesamtmilch auf mehr als 500.000. Die Farbe der Milch war verändert, diese war schliergrau, Kühe haben Milch zurückgehalten, Fressverhalten war enorm gestört, Kühe standen nur herum und ließen Kopf und Ohren hängen, und man konnte es den Tieren ansehen, dass sie „erledigt“ waren. 90 % aller Kühe (von ca. 40) waren betroffen. Ich habe mich nicht getraut, diese Milch unseren Kälbern zu füttern. Es wurde dann alles genau dokumentiert, was inzwischen eine Mappe füllt. Die jungen Kühe haben sich nach einigen Tagen relativ schnell wieder gefangen und gaben auch wieder normale Milch. Bei älteren Kühen und schon „alt laktierenden“ Kühen dauerte es sehr lange. Es wurden viele Proben genommen und eingesandt. Es wurden aber auch keinerlei Erreger in der Milch festgestellt (Keime, Staphylokokken, ...), was auf eine andere Ursache als die Impfung als Erklärung hindeutete. Somit ist klar, dass es kein anderes „Problem“ gab als die Impfung. Am Tag nach der Impfung wurde bei allen betroffenen Kühen Fieber gemessen, und es war kein Fieber feststellbar, also auch keine Grippe, Infektion oder dergleichen. Eine Kuh wurde nicht geimpft, weil diese geschlachtet werden sollte, bei dieser gab es keinerlei Probleme, auch nicht bei der Milch. (...) Die Milchleistung ist nach der Impfung gefallen, zwei Kühe haben auch verworfen. Auch der Haustierarzt, welcher sehr bemüht war, war ratlos. Der Amtstierarzt bestätigte auch, dass keinerlei Erfahrungen hierzu vorliegen.“ (...) „Probleme mit Milch nach Impfung (Zellzahlgehalt), Fehlgeburt.“ (...) „Tote Kuh nach Impfung.“

„Grundsätzliches: Die Zusammenstellung erfasst die Fakten und aufgetretenen Schäden durch die BT-Impfung. Es wird festgestellt, dass am Betrieb seit geraumer Zeit ein vernünftiger Gesundheitsstatus vorliegt. D. h. es gibt keine außerordentlichen Auffälligkeiten. (...) Deutlich festgestellt wird, dass die Impfung am heißesten Tag des Jahres 2008 mit Wetterumstellung (Wettersturz-Kaltfront) stattgefunden hat. Als Zusatzbemerkung wird festgestellt, dass selbstverständlich auch in unserem

Betrieb während des Jahres Euterentzündungen vorgekommen sind. In der Regel wurde in der Vergangenheit sofort eine Blutuntersuchung durchgeführt, um nicht sinnlose antibiotische Behandlungen zu versuchen und Resistenzen aufzubauen, sondern konsequent lt. Antibiogramm behandelt. Dabei hatten wir auch sehr gute Erfolge, d. h. es findet in der Regel eine komplette Ausheilung statt. Spezielle Auffälligkeiten nach der Impfung: Die ersten Euterentzündungen (Milchveränderungen) traten ca. 36 Stunden nach der Impfung auf. In keinem Fall war eine akute Entzündung mit Fieber zu verzeichnen. Nach dem Erkennen und einer anschließenden Behandlung war meistens ein „Aufhalten“ der Milch zu verzeichnen, was auf Schmerzen im Euter hinweist. Die betroffenen Tiere waren alle entweder in einer hochlaktierenden Phase, bzw. vor oder nach der Abkalbung – altemelkende Kühe waren nicht betroffen. (...) Zusammenfassung: Neben den enormen Kosten für Medikamente, die Abwertung der Kühe durch bleibende Folgeschäden und den Verlust von Milch ist natürlich der zusätzliche Aufwand an Melkarbeit (Behandlungen, separat melken, Schalmtest machen usw.) und die Frustration nicht zu vernachlässigen, wenn praktisch die nachhaltigen Heilungserfolge zu wünschen übrig lassen. Genauso war auch eine Leistungsdepression, speziell bei den Erstlingskühen, zu erkennen.“

„Biokuh bekommt nach erster Impfung eine ‚Ohrspeicheldrüsenentzündung‘. Sofort gemeldet und ca. 3 Wochen behandelt. Zustand der Kuh wird aber immer schlechter. Amtstierarzt schläfert Kuh ein.“ (...) „Eine Woche nach der Impfung Kalb verendet, mit (geimpfter) Muttermilch gefüttert.“ (...) „Einen Tag nach Impfung, Bestand hat großteils Durchfall.“ (...) „Einen Tag nach Impfung ca. 20 % weniger Milch, ca. 20 Kühe, nach einer Woche zwei Kühe Euterentzündung.“ (...) „Kuh verendet fünf Stunden nach Impfung.“ (...) „Nach Impfung bei einer Kuh extremer Durchfall (fast verendet).“ (...) „Kuh geimpft, vier Tage später verendet.“ (...) „Nach der Impfung, eine Kuh und ein Kalb verendet. Ein Kalb kam tot auf die Welt und blutete aus Nase und Maul.“ (...) „Nach der Impfung, zwei Totgeburten.“

„Milchleistung nach Impfung um 25 % gesunken, Husten.“ (...) „Ziegen bekamen einen Tag nach der Impfung Schüttelfrost, eine Ziege ist verendet.“

„Es wurde Anfang Dezember 2008 das erste Mal geimpft und Ende Dezember das zweite Mal. Insgesamt verendeten drei Kühe (bzw. wurden eingeschläfert) und eine Kuh ist immer noch krank. Zwischen der ersten und zweiten Impfung verendeten zwei Kühe. Einer Kuh ging es nach

der ersten Impfung immer schlechter, einen Tag nach der zweiten Impfung musste sie eingeschlafert werden. Eine Kuh bekam Milchfieber und dergleichen, wurde behandelt und verendete dann aber. Eine Kuh macht immer noch Probleme.“

„Geimpft wurde am 02.01.2009. Man sah, dass fast alle Tiere nach der Impfung geschwächt waren. Die Milch der Kühe (insgesamt ca. 25 Stück) ist dann immer weniger geworden. Auch der Gesundheitszustand einiger Kühe wurde immer schlechter und schlechter. Nach ca. einer Woche musste dann eine Kuh schon tierärztlich behandelt werden. Auch bei drei anderen Kühen wurde der Zustand immer schlechter, haben wenig gefressen, usw. und wurden auch tierärztlich behandelt. In der Nacht von 18. auf 19. Januar sind drei Kühe verendet. Die Milchleistung des gesamten Betriebes ist genau um 50 % gefallen, es konnte nach ca. zwei bis drei Wochen nur mehr die Hälfte der Milchmenge abgeliefert werden. Die vierte kranke Kuh hat sich wieder halbwegs gefangen, es wird sich aber zeigen, wie es bei der Abkalbung geht, da diese trächtig ist. Kühe fressen inzwischen wieder, und Milchleistung geht inzwischen wieder nach oben. Vom Tierarzt wurde auch Schadensmeldung gemacht. Die zweite Impfung wurde natürlich nicht durchgeführt.“

„Nach der ersten Impfung kaum Probleme (höchstens Zellzahlen). Nach zweiter Impfung sehr große Probleme. Vormittags wurde das zweite Mal geimpft, am Abend waren schon alle sehr unruhig. Am nächsten Tag hatten schon zwei Kühe Euterentzündungen. Zwei Kühe haben auch abrupt gekalbt, waren zwar fast in der Zeit aber noch überhaupt nicht auf die Geburt vorbereitet. Fast schon jeden Tag hat eine andere Kuh wieder Euterentzündung. Zwei Kühe wurden inzwischen geschlachtet, da die Euterentzündungen zu stark waren. Grundsätzlich waren fast alle (von ca. 30 Kühen) betroffen. Auch Fieber. Auch der Tierarzt sagt, dass die Häufung zu groß ist. Besonders die leistungsstarken Tiere waren sehr stark betroffen. Auch Hochträchtige waren stark betroffen. Bauer war zur Impfung sehr positiv eingestellt.“ (...) „Todgeburt, vier Tage nach der Impfung. Kalb kam mitsamt Nachgeburt.“

„Am 27. Jänner war der Tierarzt da, am 5. Februar haben zwei trächtige Mutterschafe Durchfall, Krämpfe und Fieber bekommen, obwohl vom Euter her noch keine Anzeichen einer Geburt zu erkennen waren. Am 6. Februar hat eines dieser Mutterschafe (unser robustestes Tier, das immer problemlos abgelammt hat) ein Lamm verworfen. Der Widder hatte auch Durchfall und sah eingefallen und müde aus und ein Lamm von vier Monaten bekam eine akute Augenentzündung. Daraufhin habe ich den

Tierarzt gerufen, der meinte auch, um das Muttertier steht es schlecht. Ich habe dann mit Homöopathie und Heublumen zu behandeln begonnen und bis heute haben wir (nur) das tote Lamm zu beklagen.“

„Bei uns wurden von 52 impffähigen Rindern 50 geimpft. Im Fressgitter des Laufstalls eingesperrt. Zwei Kalbinnen ließen sich nicht fangen, sind somit nicht geimpft (sind jedoch nirgendwo dokumentiert). Die Impfung war in 10 Min. vorbei. Es wurde mit einer Nadel alles durchgeimpft. Vor Verlassen des Stalles musste ich den Tierarzt zum Stiefelwaschen auffordern, sonst wäre er mit dem Schmutz über das Futter gestiefelt. Eine Kuh hatte ein starkes Euterödem, das am Vortag von einem anderen Tierarzt mit Cortison behandelt wurde und ich somit den Impfarzt darauf aufmerksam gemacht habe. Die Antwort war: Nur Tiere mit fieberhafter Krankheit werden von der Impfung ausgenommen. Die Außenhaut des Euters riss an ein paar Stellen auf. Nach ca. zwei Wochen löste sich eine 3 – 5 cm dicke Schicht voller Eiter ab. Im Vorjahr hatte die Kuh dasselbe Problem, da ging das Ödem aber nach der Cortisonspritze sofort zurück. Mein Tierarzt hat gemeint, am besten wäre es, die Kuh zu schlachten. Nach dem wir immer Urgesteinsmehl einstreuen und ich dies auch auf die ganze offene Wundstelle beim Liegen der Kuh aufstreu, trocknet dies jetzt wieder und verheilt. Zehn Tage nach der Impfung wurde durch die Molkerei eine gängige Milchprobe gemacht (ZZ [=Zellzahlen] 301.000). Zwei Kühe hatten vor der Impfung einen erhöhten Zellgehalt, darum wurden diese nicht mitgeliefert. Normalerweise haben wir bei der Liefermilch eine ZZ von 50.000 bis 90.000. Wir machten am selben Tag noch einen Schalmtest von allen melkenden Kühen. Dabei stellten wir fest, dass 12 Tiere eine leicht erhöhte ZZ und sechs eine sehr hohe ZZ aufwiesen. Seitdem bekommen alle mit erhöhter ZZ einen ¼ Liter Mostessig pro Tag für die Genesung. Bis auf drei Kühe konnten wir wieder alle heilen. Von drei Kühen warten wir noch auf des Ergebnis der Viertelgemelksproben, welche wir vor einer Woche weggeschickt haben, damit diese gezielt behandelt werden können. Einen Tag nach der Impfung hatte die halbe Tierzahl einen leichten bis schweren Durchfall. Die Behandlung war wieder Mostessig. Ein Monat nach der Impfung haben wir schon mehr Mostessig verbraucht als vorher in sechs Monaten. Die zweite Impfung wurde auf Grund dieser Erfahrung verweigert. Heute haben wir das Schreiben vom Amtstierarzt bekommen, indem wir aufgefordert werden, bis 13. Februar einen Termin mit dem Impfarzt zu vereinbaren.“

„Erste Impfung am 20.11.2008, zweite Impfung am 27.12.2008. Tiere waren nicht so fit wie vorher, erhöhte Zellzahlen in Milchproben. Eine Kuh

hat eine Euterentzündung, eine Kuh Gelenkbeschwerden und Durchfall, eine Kuh hat Wasser in beiden Hinterfüßen.“

„Einige Tiere reagierten mit Durchfall, tränenden Augen u. Nasenausfluss unmittelbar nach der ersten Impfung (am 20.11.08). Später wurde stark erhöhte Zellzahl festgestellt (319.000 - 587.000). Wobei mein Zellzahl-durchschnitt im Jahr 2008 bis November bei 78.000 lag. Auch konnte in den Milchproben kein Erreger nachgewiesen werden. Die Unterlagen liegen bei Amtstierarzt. Vor der Impfung wurde ich nicht aufgeklärt. Meine Bedenken wurden nicht ernst genommen und als nicht richtig hingestellt. Ich musste nichts unterschreiben und hatte keine Einsicht in die Unterlagen. Ob eine neue Nadel verwendet wurde, ist mir nicht bekannt, es wurden aber alle Tiere mit einer Nadel durchgeimpft. Die zweite Impfung habe ich abgelehnt, mit dem Verweis auf eine Klärung der stark erhöhten Zellzahlen. Die Milch weist keinerlei Veränderungen, Entzündungen oder sonstiges auf.“

„Eine Woche nach der Impfung Kuh verendet.“

„Eine Mutterkuh einen Tag nach der Impfung: Rechtes hinteres Euter- viertel schwarz, musste notgetötet werden.“

„Sämtliche laktierende Kühe (fünf) hatten nach zwei Tagen eine massiv erhöhte Zellzahl. Am Schluss des Melkens kam eine gallertartige Masse, wie bis dato noch nie (bei Mastitis, etc.) gehabt. Nach ca. 1 - 2 Tagen bis auf eine Kuh keine Probleme mehr. Die betreffende Kuh musste einige Tage mit Medikamenten weiterbehandelt werden. Sechs Abkalbungen vom September bis Dezember 08: Zwei Abkalbungen mit Nachgeburts- problemen und ein Mal mit Tragsackverdrehung. Es brauchte jedes Mal den Tierarzt. Bis dato hatte er alle 3 - 5 Jahre ein Mal pro Jahr ein Nach- geburtsproblem. Am neu gebauten Laufstall, den die Kühe im Sept. be- zogen haben, wird es wohl nicht gelegen sein... Eine Erstlingskuh muss- te für die ersten fünf Melkungen gespritzt werden, da beim Melken kein Milchfluss einsetzte. Ein bis dato im Betrieb unbekanntes Problem.“

„Der Tierarzt hat tatsächlich ohne mit dem Bauer zu reden mit dem Impfen begonnen: Er war wegen einer Fruchtbarkeitsfrage zu einem kleineren Mutterkuhhalter gebeten worden und ‚musste noch etwas aus dem Auto holen‘. Der Bauer war dann kurz nicht im Stall und hat die „Impferei“ erst gemerkt als der Tierarzt schon fast fertig war. Dieser hatte die Tiere ins Fressgitter gesperrt und flott durchgeimpft. Der Bauer möchte aber nichts unternehmen, da er ja weiterhin „mit dem Tierarzt gut auskommen will“. Ich denke, so läuft es öfters ab... Das ist schon eine sehr bedenk- liche und überhebliche Vorgangsweise und widerspricht nicht nur dem

Beipackzettel: „Nur gesunde Tiere impfen“ ... Wenn nicht mal der Bauer über den Zustand der eigenen Tiere befragt wird und sowieso nicht, ob er impfen lassen will.“

„Betrieb mit 20 Mutterschafen, geimpft wurde Juli 2008. Herde war dann im schlechten Zustand. Auch Bock war mitgenommen, hat auch Gewicht verloren. Jahresanfang 2009 hätten eigentlich alle Lammern sollen, es haben aber gerade 4 Schafe gelammt. Entweder hat der Bock nicht gedeckt bzw. die Schafe haben nicht aufgenommen. Natürlich auch ein enormer wirtschaftlicher Schaden.“

„Unsere Tiere wurden am 09.01.2009 das erste Mal gegen Blauzungenkrankheit geimpft. Zwei Tage nach der ersten Impfung Gliedmaßenprobleme beim Stierkalb Mitsubishi, zuerst hinten links danach hinten rechts, anschließend vorne links, dann vorne rechts.“

Die Blauzungenkrankheit aus Sicht des FLI

Das Friedrich-Löffler-Institut (FLI) auf der Insel Riems ist eine Bundesbehörde, und ihre Stellungnahmen haben im Bereich der Tierkrankheiten Richtliniencharakter. Nachfolgend finden Sie den Inhalt eines Infoblatts des FLI zum Thema Blauzungenkrankheit und damit in komprimierter Form die offizielle Lehrmeinung zum Thema. Dieses Infoblatt finden Sie auf der Webseite des FLI (Stand Juli 2008).

[ZITAT:]

Worum geht es?

Die Blauzungenkrankheit (engl. Bluetongue Disease) ist eine nicht ansteckende, von bestimmten blutsaugenden Mückenarten (Gnizen der Gattung Culicoides) übertragene Infektionskrankheit, an der Wiederkäuer erkranken. Der Erreger, ein Orbivirus, kommt in 24 Serotypen vor, von denen bisher allein 20 in Südafrika gefunden wurden. Das erstmals 2006 in Deutschland gefundene Virus gehört zum Serotyp 8, der vorher nur südlich der Sahara sowie in Mittel- und Südamerika in Erscheinung trat und eventuell auch in Indien und Pakistan vorkommt.

Welche Tiere sind betroffen?

Wiederkäuer, auch Wildwiederkäuer, sind für die Blauzungenkrankheit empfänglich. Von den im Mittelmeerraum vorkommenden Serotypen sind vor allem Schafe betroffen. Rinder stellen möglicherweise das Reservoir der Erkrankung dar. Während 2006 in rund zwei Drittel der Fälle Rinder und in etwa ein Drittel der Fälle Schafe betroffen waren, zeichnet sich derzeit eine Verteilung der Fälle zu etwa gleichen Teilen auf Rinder und Schafe ab. Schafe zeigen dabei in der Regel deutlichere Symptome. In geringem Umfang wurden auch Infektionen bei Wildwiederkäuern nachgewiesen.

Ist die Krankheit für den Menschen gefährlich?

Der Erreger der Blauzungenkrankheit ist für den Menschen nicht gefährlich. Fleisch und Milchprodukte können ohne Bedenken verzehrt werden.

Wie wird die Blauzungenkrankheit übertragen?

Blutsaugende Insekten nehmen das Virus bei einer Blutmahlzeit auf. Nach der Entwicklung im Insekt kann das Virus nach etwa einer Woche bei einer weiteren Blutmahlzeit auf einen anderen Säugetierwirt übertragen werden. Die natürlichen Überträger des Blauzungenvirus (Bluetongue Virus, BTV) sind kleine, 1 - 3 mm lange Mücken (Gnizen) der Gattung *Culicoides*. Für ihre Fortpflanzung benötigen die *Culicoides*-Arten Feuchtigkeit. Die Weibchen legen ihre Eier in sehr unterschiedlichen Biotopen ab, zu denen je nach Gnizenart nasse, mit organischen Stoffen angereicherte Böden oder Schlamm, feuchtes Laub, verrottende Holz- oder Pflanzenreste, Rinder- oder Pferdedung gehören. Hier entwickeln sich auch die Larven.

Eine Übertragung von BTV kann während der Jahreszeiten (Frühjahr, Sommer, Herbst) erfolgen, in denen die Gnizen aktiv sind. Die optimalen Temperaturen für die Virusvermehrung in der Gnitze liegen bei 25 °C bis 30 °C über einen Zeitraum von zehn bis fünfzehn Tagen. Längere Wärmeperioden begünstigen die Vermehrung der Mücken und die Virusvermehrung in ihnen. Die Mücken selbst leben 10 bis 20 Tage, wobei sie umso länger leben, je kälter es ist. Temperaturen unter 12 °C reduzieren ihre Aktivität beträchtlich. Gnizen können sehr leicht durch den Wind transportiert werden. Daher werden im Seuchenfall große Sperr- und Überwachungszonen eingerichtet (20 km und 150 km Radius).

Einmal infizierte Gnizen bleiben lebenslang infektiös, eine infizierte Gnitze kann für die Infektion eines Wiederkäuers ausreichen. Infizierte Wiederkäuer vermehren das Virus der Blauzungenkrankheit, übertragen die Infektion aber nicht direkt auf andere Wiederkäuer. Die Verbreitung erfolgt durch Vektoren. Neben den blutsaugenden Mücken kann das Virus auch über das mehrmalige Verwenden von Kanülen bei Behandlungen oder Blutentnahmen verbreitet werden. Daher sind bei tierärztlichen Behandlungen an Wiederkäuern die üblichen Hygienemaßnahmen dringend einzuhalten.

Das Virus bleibt im Blut infizierter Tiere etwa 40 bis 80 Tage aktiv (Virämie). Die Erbinformation des Virus kann aber oft für längere Zeit, z.B. 100 Tage beim Schaf und bis zu 240 Tage beim Rind, mittels PCR (Polymerase-Kettenreaktion) nachgewiesen werden. Antikörper im Blut lassen sich frühestens 7 bis 10 Tage nach der Infektion feststellen.

Wie erkennt man die Krankheit?

Zu den Krankheitszeichen bei Rindern gehören Läsionen im Nasen-Flotzmaulbereich, am Euter und an den Zitzen, Konjunktivitis (Bindehautentzündung) mit verstärktem Tränenfluss, Kronsaum-Schwellungen zum Teil in Verbindung mit Lahmheit, Festliegen, Deckunlust, Rückgang der Milchleistung, Fieber und in schweren Fällen Störungen des Allgemeinbefindens.

Schafe zeigen nach einer Inkubationszeit von wenigen Tagen in milderer Verläufen Apathie, Depression, Fieber und Konjunktivitis, Entzündungen des Zahnfleisches, der Lippen und der Nase, Hyperämie (verstärkte Durchblutung) der Nasen- und Mundschleimhaut, Ödeme und Gesichtsschwellungen, verstärkten Tränenfluss, Nasenausfluss und Entzündungen des Kronsaums mit Lahmheit.

Bei schweren Verläufen treten Atemprobleme, vermehrter Speichelfluss, Blutungen in der Klauenlederhaut mit Ausschuhungen sowie eine geschwollene Zunge mit Blaufärbung (Blauzungenkrankheit) auf.

Ähnliche Krankheitsbilder (Differenzialdiagnostik)

Maul- und Klauenseuche, Schafpocken, Bovine Virusdiarrhoe/Mucosal Disease, Bovines Herpesvirus Typ 1, Böses Katarrhalfieber, Vesikuläre Stomatitis und durch Pflanzenstoffe verursachte Photosensibilität.

Was tun?

Die Symptome der Blauzungenkrankheit passen auch zu vielen anderen hoch ansteckenden Krankheiten. Deshalb ist es bei einem Verdacht sehr wichtig, dass Sie Ihren Tierarzt oder Ihre Tierärztin hinzuziehen.

Die Blauzungenkrankheit ist eine anzeigepflichtige Tierseuche. Neben den Vorschriften der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) bildet die Richtlinie 2000/75/EG des Rates vom 20. November 2000 eine wichtige Rechtsgrundlage. Diese und weitere gemeinschaftsrechtliche Bestimmungen wurden in Deutschland in der Verordnung zum Schutz gegen die Blauzungenkrankheit sowie in der Verordnung zum Schutz vor der Verschleppung der Blauzungenkrankheit umgesetzt. Hierbei gelten die jeweils aktuellen Fassungen.

Im Seuchenfall gelten weiträumige Verbringungsverbote für Klauentiere und Maßnahmen zur Insektenbekämpfung.

Deutschland und weitere betroffene europäische Länder impfen in diesem Jahr mit inaktivierten Vakzinen gegen BTV 8. Die Impfungen werden im nächsten Jahr fortgeführt. [ZITATENDE!]

Die Blauzungenkrankheit im Jahr 1956

Die vielleicht ausführlichste Beschreibung der Blauzungenkrankheit findet sich in der Fachzeitschrift „Microbiology and Molecular Biology Reviews“ (MMBR) aus dem Jahr 1956. Der Autor Harold R. Cox war Mitarbeiter der Pearl River Laboratories, einer Forschungseinrichtung der Industrie. Im Folgenden lesen Sie Auszüge aus dieser Publikation.

Allgemein

Wie die Literatur zeigt, wurde der größte Teil der dokumentierten Forschung an der Blauzungenkrankheit (BTD) in Südafrika geleistet. In diesem Land wurde die Viehwirtschaft durch die Krankheit ernsthaft bedroht, und dies wahrscheinlich sogar seit Beginn der Schafhaltung.

Laut HENNING stellt der „Bericht der Kommission der Rinder- und Schafkrankheiten“ des Jahres 1876 fest:

„Seit vielen Jahren, wenn nicht gar seit der Einführung der Merino-Schafe in die Kolonie, tritt in den Herden häufig eine Krankheit auf, die „das Fieber“ genannt wurde. Diese Krankheit kommt am häufigsten während der Sommermonate vor und ist zu sehr feuchten Zeiten am Schlimmsten.“

Der gleiche Bericht erwähnt auch, dass fette Schafe empfänglicher für „das Fieber“ seien, und dass die Krankheit öfter in Tälern und tiefer liegenden Gebieten angetroffen werde als im Hochland. Schafe, die während der Sommermonate nachts in Ställen untergebracht wurden, waren Berichten zufolge vor der Infektion geschützt.

Die Erkrankungsziffer für „das Fieber“ wird auf etwa 30 Prozent geschätzt und die Sterblichkeit bei den betroffenen Tieren auf mehr als 90 Prozent. Die leitenden Symptome sind schmerzende Mäuler und Füße, und die Krankheit ähnelt der Maul- und Klauenseuche (MKS).

1933 wurde die Blauzungenkrankheit (BTD) erstmals bei Rindern beobachtet. In diesen Tieren führte die Krankheit anscheinend zu einer Zunahme von Entzündungen der Mundschleimhaut ähnlich wie bei MKS.

Die BTD wurde erstmals im Jahr 1881 von HUTCHEON erwähnt, der sie „Fieber“ oder „Epizootic Katarrh“ nannte. Die BTD ist in erster Linie eine Erkrankung von Schafen. Alle Rassen sind empfänglich, afri-

kanische und persische weniger als Merinos, einige britische Rassen wie Dorset Horns sind es mehr. Junge Schafe von etwa einem Jahr sind ungeschützt und entwickeln im Allgemeinen eine ernstere Form der Krankheit. Schafe, die in Seuchengebieten geboren und aufgezogen wurden, sind widerstandsfähiger als solche, die aus anderen Gebieten in diese Regionen gebracht wurden.

Wie zu erwarten, ist die Empfänglichkeit von individuellen Tieren auch innerhalb gleicher Rasse sehr unterschiedlich. Deshalb kann die Pathogenität eines Virenstrangs nicht aus der Reaktion eines einzelnen Schafes abgeleitet werden. In der Regel kann die Virulenz oder Avirulenz eines Virusstranges anhand der Reaktionen einer Anzahl von Tieren klassifiziert werden, in die sie injiziert wurden.

Säugende Lämmer weisen eine relative Widerstandsfähigkeit auf. NEITZ stellt allerdings fest, dass Lämmer von empfänglichen Mutterschafen ebenfalls empfänglich sind, wenngleich sie weniger ernsthaft auf das Virus reagieren als erwachsene Schafe. Immune Mutterschafe dagegen übertragen passive Immunität durch Antikörper in Kolostrum und Milch auf ihre Lämmer und gewähren dadurch eine Immunität mit einer Dauer von 4 bis zu 68 Tagen.

Die BTM kann Rinder genauso wie Schafe betreffen. Die Krankheit wurde von den Farmern „Seerbeck“ [Bedeutung unbekannt, d. Red.] oder „Sore-Mouth“ (Wundmaul) genannt. Bezeichnungen wie „ulcerative stomatitis“ und „Pseudo-MKS“ wurden ebenfalls verwendet, um den Zustand zu beschreiben. Rinder sind dennoch sehr viel widerstandsfähiger als Schafe. Die Erkrankungshäufigkeit ist relativ niedrig, Ausbrüche sind sporadisch, und wenn sich gelegentlich ernste klinische Symptome zeigen, ist der Verlauf der Krankheit milder als bei Schafen.

Ziegen wurden normalerweise unter natürlichen Bedingungen als resistent gegenüber der Krankheit betrachtet. Jedoch wurden bei einer Epidemie in Israel von 1950 - 1951 an einem Ort, an dem die meisten Kühe betroffen waren, zwei Ziegen der Saanen-Rasse mit geschwollenen Lippen, blutiger Mundschleimhaut und deutlichem Speichelfluss beobachtet.

Die Krankheit in Schafen

Die Empfänglichkeit der einzelnen Schafe variiert innerhalb weiter Grenzen. Die Läsionen bei Tieren, die einen milden Strang des Blauzungenvirus injiziert bekommen, können einen ähnlich schwerwiegenden Charakter annehmen wie bei Tieren, denen ein virulenter Strang injiziert wurde.

Die Inkubationszeit schwankt bei einer künstlichen Infektion allgemein zwischen zwei und vier Tagen, kann aber auch 15 bis 18 Tage betragen. Die Inkubationszeit bei natürlichen Infektionen wurde noch nicht mit Bestimmtheit festgelegt, aber man glaubt, dass sie weniger als eine Woche beträgt.

In der Regel ist das erste Anzeichen einer Infektion ein Ansteigen der Körpertemperatur, obwohl es fieberfreie ernste und sogar tödliche Fälle gegeben hat. Die durchschnittliche maximale Temperatur schwankt zwischen 105 und 106 Grad Fahrenheit (= 40,5 - 41 °C), aber Temperaturen darüber und darunter sind häufig. Auch eine irreguläre fieberhafte Reaktion ohne jede sichtbare Störung der Gesundheit des Tieres ist möglich. In einem anderen Fall kann ein Tier ohne jedes Fieber die typischen Anzeichen der BTD entwickeln. Leichtes Fieber zu Beginn der Erkrankung ist jedoch normal.

THEILER teilte die klinischen Symptome in *abortive*, *akute* und *subakute* Typen ein. Der *abortive* Typ, in dem die einzigen Anzeichen ein Ansteigen der Körpertemperatur darstellen, kann insbesondere unter Feldbedingungen leicht übersehen werden. DE KOCK, DU TOIT und NEITZ begegneten dieser milden Infektion in ihren Studien bei Rindern.

Die akute Form der Krankheit erzeugt eine anfängliche Wärmereaktion, die zwischen fünf und sechs Tagen andauert. Die ersten klinischen Anzeichen sind nasaler Ausfluss und Speichelfluss. Die Zunge und die Lippen sind oft unfreiwillig in Bewegung, und die Wangenschleimhaut wird rot. Erwähnenswerte Läsionen der Backen sind nicht früher als etwa 48 Stunden nach dem Temperaturanstieg sichtbar.

Der nasale Ausfluss ist schleimig-eitrig und sogar blutbefleckt. Die Nasenschleimhaut ist stark verstopft und bläulich verfärbt. Die Lippen, die Gaumenplatte, das Zahnfleisch und die Zunge sind oft geschwollen und aufgequollen.

Der Speichel ist eher schaumig als klebrig („stringy“). Es kann Abschälungen des Deckgewebes des Gaumens, der Gaumenplatte und der Gaumenstaffeln, der inneren Teile der Lippen, der Backe und der Zungenspitze geben.

Die Lippensäume bluten leicht, insbesondere bei Bewegung. Blutbefleckter Speichel sammelt sich an. Später setzt Fäulnis ein, und das Maul sondert einen intensiven Geruch ab. Stärkere Verletzungen der Backen bestehen aus groben Wunden und brandigen Geschwüren. Diese Geschwüre treten häufig in gestreckter Linsenform auf, für gewöhnlich auf der Seite der Zungenwurzel gegenüber den Backenzähnen. Meistens werden sie erst nach dem Tod des Tieres entdeckt.

Die ödematöse Zunge ist stark blau oder purpur verfärbt, mit orangen oder gelben Flecken an der Seite. Schlucken ist extrem schwierig. Der Nasenausfluss bildet Krusten, die teilweise die Nasenlöcher blockieren, und die Tiere haben unter Umständen Atemnot aufgrund ihrer eigenen Sekrete. Die Atmung ist oft röchelnd, abhängig von dem Ausmaß des Nasenausflusses. Sie kann sich auf 100 Atemzüge pro Minute beschleunigen. Symptome einer Lungenentzündung sind häufig.

Die Tiere haben oft Durst, obwohl das Tier vielleicht das Maul ins Wasser getaucht hat – allerdings eher, um die Beschwerden zu erleichtern als um zu trinken. Verdauungsstörungen sind häufig und extremer Durchfall, oft mit Blutflecken, kann auftreten. Tritt kein Durchfall auf, können die Blutflecken im Stuhl auftreten.

Bei einigen Tieren erscheinen Läsionen der Füße, drei bis sieben Tage, nachdem die Abheilung der Maulläsionen begonnen hat. Eine leicht violette Verfärbung erscheint in der Ritze zwischen den Klauen. Fallweise schwellen Fesseln und Kronengelenk an, manchmal schmerzhaft, manchmal auch nicht. In seltenen Fällen kann es zum Verlust des Hornschuhs kommen.

Schiefhals wird mit relativ wenigen Fällen von BTB in Verbindung gebracht. Er kann ab dem sechsten Tag auftreten, gewöhnlich jedoch um den 12. Tag herum. Kopf und Nacken krümmen sich nach einer Seite. Der Nacken kann ohne große Schwierigkeiten manuell geradegerichtet werden, aber sobald der losgelassen wird, schwingt er wieder in die gekrümmte Position.

In der Regel kommt es zu einer rapiden und deutlichen Verschlechterung des Gesamtzustandes. Die Schafe sind träge und teilnahmslos und zeigen eine ausgeprägte Muskelschwäche. Sie stehen steif und lahm, mit gewölbtem Rücken, oder aber sie sind gar nicht in der Lage zu stehen.

Die Steife und Muskelschwäche resultieren offensichtlich aus Muskelläsionen und können auch unabhängig von der Cronitis beobachtet werden. Die Erschöpfung, die in einigen Fällen für Wochen andauern kann, wird durch Fressen vermindert. Einige Schafe verlieren jedoch auch nach Wiedereinsetzen des Fressens weiterhin Gewicht, einhergehend mit einem rapiden Schwund der Muskulatur.

Ödeme im unteren Gesichtsbereich und Kiefer können sich den Nacken herunter ausdehnen. Recht oft gibt es eine Hyperämie der Haut auf der Schnauze, der Lippen, am Fundament der Hörner, Ohren, Achsel und Leistengegend oder sogar des ganzen Körpers.

Die Vulva und Vagina sind manchmal stark verstopft. Die Nährstoffversorgung der Wolle leidet und ganze Wollbüschel können herausge-

zogen werden oder das Vlies ist verklebt („cast“). Die Nahrung kann erbrochen werden und durch die Nasenlöcher austreten, insbesondere wenn das Tier Zugang zu viel Wasser hatte. Daraus kann sich eine Lungenzündung ergeben.

In tödlichen Fällen kann der Tod zwischen dem ersten und sechsten Tag nach dem Erscheinen sichtbarer Symptome eintreten, aber manche Tiere leben viel länger. Tiere, die sich anscheinend völlig erholt hatten, können nachträglich kollabieren und drei Wochen oder mehr nach dem ersten Symptom sterben.

Der *subakute* Typ umfasst die Fälle, in denen die klinischen Zeichen nicht ernsthaft sind, aber die eine starke Auszehrung und anhaltende Schwäche mit sich bringen, bei gelegentlichem Schiefhals und ausgedehntem Genesungszeitraum.

NEITZ und RIEMERSCHMID führten über vier Jahreszeiten hinweg Versuche an geschorenen und ungeschorenen Schafen durch, die überzeugend demonstrierten, dass sowohl Temperaturreaktionen als auch klinische Symptome insbesondere bei Schafen ausgeprägt waren, die der Sonne ausgesetzt waren. Der nachteilige Einfluss von Sonnenschein war sowohl in natürlich infizierten als auch geimpften Schafen ersichtlich. Es traten sowohl Bronchopneumonie als auch multiple Blutungen und Muskeldegenerationen auf. Um solche Komplikationen zu vermeiden, muss in den kalten Monaten geimpft werden und während des Immunisierungszeitraums Schatten bereitgestellt werden.

Die Krankheit in Rindern

Während der intensiven Kampagne, die 1932 - 1933 begann, um die Maul- und Klauenseuche in Südafrika zu bekämpfen, berichteten BEKKER, DE KOCK und QUINLAN über eine zuvor nicht beschriebene Mundhöhlenentzündung bei Rindern, die in Orten weit zerstreut über die Südafrikanische Union erschien. Sie glaubten, dass die Ursache die wohlbekanntere Blauzungenkrankheit der Schafe sei.

Ungleich den Schafen zeigten die Rinder für gewöhnlich keine blauen oder blaugrünen Zungen, dafür aber Entzündungsherde mit Nekrosen der Backen- und Nasenschleimhaut. Sämtliche Lebensalter und Rassen waren betroffen, und alle Fälle wurden auf dem offenen Weideland festgestellt. Sehr junge Kälber und Rinder in Ställen waren nicht betroffen. Die Krankheit wurde nachweislich nicht durch Kontakt übertragen: Selbst wenn erkrankte Kühe mit ihren Kälbern in kleinen Ställen untergebracht waren, und die Kälber am wunden Euter saugten, gab es kei-

ne Verbreitung der Infektion. Sichtbare Reaktionen gab es bei Kälbern, die infiziertes Blut injiziert bekamen, und das Virus konnte aus ihnen wiedergewonnen werden. Sie zeigten ein Syndrom, das den natürlich vorkommenden Erkrankungsfällen in Rindern und den Blauzungenfällen in Schafen sehr ähnelte. Verglichen mit den Schafen sind offensichtlich nur wenige Rinder empfänglich, und nur eine kleine Anzahl zeigte alarmierende Symptome.

Wie bei den Schafen bestand das erste Krankheitsanzeichen in einer fieberhaften Reaktion, gefolgt von einer Fiebersenkung, sobald die Maulausschläge erschienen. In vielen Fällen, in denen das Fieber die einzige Reaktion darstellte, wurde die Krankheit völlig übersehen. Manchmal war ein Rückgang des Milchertrags für den Farmer das erste Anzeichen dafür, dass seine Rinder krank waren. Die am stärksten betroffenen Rinder blieben liegen. Diejenigen, die aufstanden, waren lahm und steif und bewegten sich nur unter Schwierigkeiten, wenn sie angetrieben wurden. Sie machten nur wenig Anstalten zu fressen, und das Wiederkäuen war schwach. Sie machten oft Kaubewegungen und schlifften ihre Zähne ab („ground their teeth“).

In späteren Studien fanden DE KOCK, DU TOIT und NEITZ das Blauzungenvirus in Versuchsrindern wieder, die der Infektion in der Steppe von Tzaneen ausgesetzt waren. Diese Rinder zeigten jedoch keine Anzeichen der Blauzungenkrankheit, wie sie von BEKKER, DE KOCK und QUINLAN beschrieben worden waren, z. B. Läsionen der Backen und Nasenhöhlen, Zitzen- und Euterbeteiligung, Hautveränderungen und Fußläsionen.

Der Tzaneen-Strang erwies sich als fähig, die Immunität von Schafen zu durchbrechen, die mit dem Onderstepoort-Impfstoff geimpft worden waren, obwohl Schafe, die experimentell mit diesem Virus infiziert worden waren, keine typischen Blauzungensymptome zeigten und keines starb. Die Milde der Reaktionen bei geimpften Schafen zeigte, dass der Onderstepoort-Impfstoff eine Basis-Immunität gegen den Tzaneen-Strang gewährte.

MASON und NEITZ schafften es nicht, in Rindern eine erwähnenswerte Erkrankung durch die Inokulation von infiziertem Schafs- oder Rinderblut zu erzeugen. Eine lokale Läsion wurde in Kälbern nur dann hervorgerufen, wenn die Wangenschleimhautmembrane angeritzt worden war. Maulläsionen erschienen weder nach intranasalen, subkutanen oder intravenösen Inokulationen. Die Autoren schlossen daraus, dass das Blauzungenvirus nur eine nicht sichtbare Erkrankung in Rindern erzeugt.

Sonstiges

In Afrika tritt die Krankheit in deutlich saisoneller Abhängigkeit auf. Sie erreicht ihren Höhepunkt während warmer und feuchter Sommer und in den Landesteilen mit einem starken Regenfall. Die höchste Inzidenz tritt immer in Verbindung mit den feuchtesten Monaten auf: Februar, März und April. Wenn es jedoch bereits im Frühjahr oder Frühsommer heftige Regenfälle gegeben hat, können die erste Fälle von BTB bereits im Dezember oder gar November auftreten.

BTB tritt am häufigsten in Niederungen wie Tälern, Flüssen, Bächen und Schwemmland auf. Im allgemeinen sind Schafe betroffen, die sich am Abend, nachts oder in den frühen Morgenstunden im Freien aufhalten. Die Infektion findet während der kühleren Tageszeiten statt. Gebiete, die in der Nacht für das Schaf als unsicher angesehen werden, sind sicher für Schafe, die nur bei Tageslicht im Freien sind. Der Krankheit kann vorgesorgt werden, indem die Tiere des Nachts in Ställen untergebracht oder zumindest auf Hügel getrieben werden. Dabei sind nicht die absoluten Höhenmeter über dem Meeresspiegel entscheidend, sondern die relative Lage im Vergleich zur Umgebung.

Die ersten Blauzungen-Ausbrüche in Nordeuropa

Als Begründung für die Blauzungen-Zwangsimpfverordnung dienen die BTD-Ausbrüche in Nordeuropa im Jahr 2007. Ein Kriterium für die Notwendigkeit einschneidender Zwangsmaßnahmen könnte die beobachteten Erkrankungs- und Sterberaten sein, die man sich deshalb ein bisschen näher anschauen muss. Nachfolgend eine Zusammenstellung der jeweils ersten Ausbrüche in den betroffenen Ländern.

Niederlande, 14. August 2006

Erstmals werden Blauzungen-Erkrankungen in Nordeuropa gemeldet. Es handelt sich um zwei Schafe aus einer Herde von 90 Tieren im niederländischen Kerkrade, nur wenige Kilometer von Aachen entfernt. Die genauen Symptome werden in den Berichten nicht genannt, sie können jedoch nicht sehr schwer gewesen sein, denn Todesfälle werden nicht berichtet. Warum man überhaupt eine Laboruntersuchung auf das Blauzungenvirus – eine bis dahin in Nordeuropa völlig unbekanntete Diagnose – veranlasste, ist nicht bekannt und gehört zu den vielen Rätseln und Ungereimtheiten. Bekannt ist jedoch, dass in den letzten Jahren insbesondere in den Niederlanden die Testung von Nutztvieh auf alle möglichen Erreger zunehmend intensiviert wurde – was letztlich zu besagtem Labortest und der darauf aufbauenden Diagnose führte. Mit „Labortest“ ist in der Regel der sogenannte PCR-Test gemeint, der – angeblich – spezifische Viren in einer Probe nachweisen kann. Zum Zeitpunkt des abschließenden Berichts über diesen Ausbruch am 1. August 2007 sind 203 Farmen betroffen und 319 von 10.374 Tieren erkrankt. Das sind etwa drei Prozent Erkrankungsrate. Keine Todesfälle. Mit dem Ende der Gnitzenzeit gehen auch die Erkrankungsmeldungen zurück und nach 60 Tagen wird das Ende des Ausbruchs erklärt. Wie der angebliche Erreger den Weg nach Kerkrade gefunden hat, gilt als nicht geklärt. Antivirale Medikamente gegen das BT-Virus vom Subtyp 8 gibt es zu diesem Zeitpunkt ebensowenig wie Impfstoffe. Die erkrankten Tiere werden antibiotisch behandelt. Antibiotika helfen jedoch bekanntlich nicht gegen Viren und können starke Nebenwirkungen verursachen. Der Ausbruch war selbstbegrenzend, d. h. er führte nicht zu einem Flächenbrand, bis

sämtliche Tiere in Reichweite dahingerafft waren, sondern betraf immer nur einen bestimmten Prozentsatz der Herden. Von einer Einbeziehung anderer Ursachen für erkrankte Tiere wird ebenfalls nicht berichtet. Das ist auch nachvollziehbar, denn bei einem positiven Virentest sind Differenzialdiagnosen weder beim Menschen noch beim Tier üblich.

Belgien, 18. August 2006

Von 891 Rindern und Schafen erkrankten 24 Tiere in einem Ort, der etwa 120 km von Kerkrade entfernt liegt. Das sind knapp drei Prozent Erkrankungsrate. Ein Tier stirbt, ein Tier wird gekeult. Im Bericht auf der OIE-Webseite (OIE = Welttiergesundheitsbehörde) heißt es, dass die Symptome für die BTM eher untypisch seien. Von einer Differenzialdiagnose wird auch hier nichts berichtet. Im Abschlussbericht vom 14. Dezember 2006 ist von 218 Erkrankungen unter 8.041 Tieren die Rede. Das sind ca. drei Prozent Erkrankungsrate. Darunter 43 Todesfälle, eine Keulung und eine Notschlachtung. Die restlichen Tiere wurden – vermutlich ohne weitere Behandlung – wieder gesund. Auch hier gilt die Herkunft des Erregers offiziell als ungeklärt.

Deutschland, 21. August 2006

Am 21. August 2006 wird auch in Deutschland – im Kreis Aachen – erstmals ein Ausbruch festgestellt, nur wenige Kilometer von Kerkrade entfernt. 115 von 701 bzw. 234 von 1.436 Rindern und Schafen erkrankten. Das sind ca. 16 Prozent Erkrankungsrate. Keine Todesfälle. Etwas später werden noch einmal drei Erkrankungen unter 162 Tieren bzw. sechs unter 324 Tieren gemeldet. Das entspricht einer Erkrankungsrate von zwei Prozent. Keine Todesfälle. Die Herkunft des Erregers gilt als ungeklärt. Die erkrankten Tiere werden nicht behandelt. Bis 21. Juni 2007 sind 306 Höfe betroffen, 502 von 23.787 Tieren sind erkrankt. Die Erkrankungsrate beträgt somit zwei Prozent. 19 Todesfälle, 14 Keulungen. Beim Abschlussbericht vom 5. Mai 2008 sind keine neuen Erkrankungen im Rahmen dieses Ausbruchs zu vermelden. Untersuchungen, warum der erste betroffene Betrieb eine ungewöhnlich hohe Erkrankungsrate aufweist, werden, so hat es den Anschein, gar nicht vorgenommen.

Frankreich, 31. August 2006

Am 31. August wird aus Frankreich (Ardennen) eine Milchkuh aus einer 96-köpfigen Herde mit moderaten Symptomen gemeldet (sie geht lahm).

Bis 7. September sind es weitere drei Farmen in den Ardennen mit insgesamt 860 Rindern. Bei zwei dieser Farmen gibt es je ein einziges testpositives, jedoch völlig gesundes Tier. Auf der dritten Farm zeigt ein Rind starken Speichelfluss, nasalen Ausfluss, Fieber und Blutandrang im Maul. Als Überträger werden Vektoren (allgemein: Virusüberträger, hier: Gnitzen) angesehen. Bis 25. Oktober findet man im Zuge intensivierter Testungen ein weiteres BTV-positives Tier in einer Herde von 130 Rindern. Zwei Labore bestätigen die Infektion mit unterschiedlichen Methoden. Das betroffene Rind ist jedoch völlig gesund. Bis 23. November findet man ein weiteres Rind (in einer 63-köpfigen Herde) mit positivem und doppelt bestätigtem Labortest. Auch dieses Tier ist völlig gesund!

Luxemburg, 29. Nov. 2006

Aus Luxemburg trifft die erste Meldung am 29. November 2006 bei der OIE ein. Eines unter 80 Rindern ist erkrankt. Keine Todesfälle. Symptomatische Behandlung. Bis 21. Dezember sind es weitere vier Erkrankungen unter 457 Tieren auf zwei Farmen, bis 17. Januar 2007 ein weiterer Fall in einer Herde von 151. Bis 16. August gibt es keine neuen Fälle zu berichten. Ein weiterer Ausbruch umfasst 6 von 510 Tieren auf vier Farmen, darunter ein Todesfall. Am 11. September sind es 46 Farmen, betroffen sind 60 von 4.001 Tieren. 2008 und 2009 gibt es in Luxemburg keine Meldungen von Ausbrüchen mehr.

Diese Auflistung der Ausbrüche ist nicht vollständig und nur beispielhaft. Wer sich selbst einen Überblick verschaffen möchte, der sei auf die Webseiten der OIE verwiesen. Bei der Durchsicht der bisher in Nordeuropa gemeldeten BTD-Ausbrüche habe ich folgenden Eindruck gewonnen:

1. Die Erkrankungsrate liegt in der Regel bei ca. 2 bis 3 Prozent.
2. Die meisten Verläufe sind mild.
3. Die Sterberate liegt im Promillebereich.
4. Es gibt jedoch in Einzelfällen starke Schwankungen.
5. Die individuellen Faktoren, die für diese Schwankungen verantwortlich sind, wurden offensichtlich von den Behörden nicht untersucht, was als grob fahrlässig anzusehen ist.
6. Die Ausbrüche waren selbstbegrenzend. Ein „Flächenbrand“ war nicht zu beobachten.

Ob die beobachtete Erkrankungs- und Sterberate und die Verbreitungs-

geschwindigkeit ausreichen, um sämtliche Rinder, Schafe und Ziegen mit nicht zugelassenen Impfstoffen, bei denen weder der Wirkungsgrad noch die Risiken bekannt sind, zwangsweise zu beglücken, darf bezweifelt werden. Irritierend ist, dass offenbar eine ganze Reihe von doppelt BTV-positiv getesteten Tieren völlig gesund waren, von den Veterinärbehörden jedoch so behandelt wurden, als seien sie schwer erkrankt.

Ob ein Tier gesund ist, entscheidet heutzutage also nicht mehr sein tatsächlicher Gesundheitszustand, sondern Tests in einem in der Regel weit entfernten Labor. Ob das für die Landwirtschaft Sinn macht?

Differenzialdiagnose bei der Blauzungenkrankheit																	
BTD-Symptome Vollspektrum	MKS	BEF	Schafpocken	BVD-MD	BHV	Schweißfieber	BKF	Photosensibilität	Mutterkorn-Vergiftung	Vesikuläre Stomatitis	Lippengrind	Vergiftung Impfstoffe	Vergiftung sonst. Medikamente	Vergiftung Insektizide	Vergiftung Pestizide	Denaturiertes Futter (Genmais)	Sonstige
Ursache	Erreger	Erreger	Erreger	Erreger	Erreger	Erreger	Erreger	Pflanzenstoffe	Pilzgifte	Erreger	Erreger	Vergiftung	Vergiftung	Vergiftung	Vergiftung	Vergiftung	?
Fieber	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	?	?	?	?	?	?
Maul/Nase	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	?	?	?	?	?	?
Muskulatur	x	x			x		x	x	x	x		?	?	?	?	?	?
Klauen/Hufe	x	x		x			x	x	x	x	x	?	?	?	?	?	?
Augen		x	x		x		x	x	x			?	?	?	?	?	?
Euter/Zitzen	x		x				x	x		x	x	?	?	?	?	?	?
Haut	x	x	x	x		x	x	x	x	x		?	?	?	?	?	?
Verdauung				x	x		x	x	x			?	?	?	?	?	?
Genitalien	x				x		x			x		?	?	?	?	?	?
Wolle (Schaf)		x										?	?	?	?	?	?
Milchleistung (Rind)	x	x	-		x		x	x	x	x		?	?	?	?	?	?
Atmung			x		x		x		x			?	?	?	?	?	?
Fruchtschädigung	x	x	x	x	x			x	x	x		?	?	?	?	?	?
Allgemeinbefinden	x	x	x	x			x	x	x	x	x	?	?	?	?	?	?

Tabelle: impf-report Irrtum und Druckfehler vorbehalten

Wer nicht sucht, der nicht findet: Fehlanzeige Differenzialdiagnose

Die Aussagekraft von Labortests über Immunität und Gesundheitsstatus sind aus mehreren Gründen sehr mit Vorsicht zu genießen. Doch ihr Einsatz wäre halb so schlimm, würden die Veterinäre sich nicht allzu voreilig auf die Laborergebnisse verlassen, statt vor ihrer Diagnosestellung eine ordentliche Anamnese vorzunehmen. Dazu gehört auch eine Differenzialdiagnose, das heißt Abgrenzung von anderen Krankheiten, deren Symptome der Blauzungenkrankheit (BTD) ähnlich sind oder gar gleichen. Und davon gibt es eine ganze Menge.

Maul- und Klauenseuche (MKS)

Die MKS kann von der BTD durch ihre Beschränkung auf bestimmte Gebiete durch folgende Faktoren unterschieden werden: Durch ihr verstreutes und saisonales Erscheinen, durch den fehlenden direkten Kontakt bei der Übertragung und den Umstand, dass die Ursache der Infektion nicht bestimmt werden kann. Die Läsionen beider Krankheiten betreffen die gleichen Körperteile, aber die charakteristischen Brandblasen der MKS mit ihren fransigen uneinheitlichen Rändern nach dem Aufbrechen, werden in der BTD nicht gesehen. Die Läsionen der BTD sind im wesentlichen die einer lokalen Entzündung (mit Nekrose der Schleimhaut) und in Rindern sind Hautläsionen normal. In späteren Stadien sind sich die von beiden Krankheiten verursachten Läsionen sehr ähnlich. MKS kann jedoch nach Ansicht von Cox (1956) sicher ausgeschlossen werden, wenn empfängliche Schafe mit Blut von Rindern inokuliert werden und charakteristische Blauzungen-Symptome entwickeln.

Schweißfieber (Sweating Sickness)

Diese Erkrankung hat in Südafrika die gleiche saisonelle Erscheinung wie die BTD, aber sie kommt nicht unter Schafen vor. Sie betrifft hauptsächlich Kälber und Jungrinder. Anders als bei der BTD ist die Sweating Sickness niemals dafür bekannt geworden, ernsthaft in höheren Lagen aufzutreten. Ihr Erscheinen ist auf die subtropischen Regionen des Landes begrenzt. Sowohl die BTD als auch die Sweating Sickness

erzeugen Hyperämien und Nekrosen der Backenschleimhaut, aber die nasskalte („moist“) Haut, gefolgt vom großflächigen Abschälen des Deckgewebes, ist nur für die Sweating Sickness charakteristisch. Darüber hinaus kann - anders als bei BTB – die Sweating Sickness nicht durch Blutinokulation übertragen werden (Cox 1956).

Dreitagekrankheit (Three day sickness)

Lahmheit, Steifheit und vorübergehende Lähmungserscheinungen sind frühe Symptome und für die Dreitagekrankheit sehr viel typischer als bei der BTB. Coronitis, Hyperämie und Nekrosen der Wangenschleimhaut treten in der Dreitageskrankheit nicht auf. Die Krankheit tritt unter normalen Umständen nicht bei Schafen auf (Cox 1956).

Schafpocken

Mit starker Störung des Allgemeinbefindens einhergehender Hautauschlag, die Tiere erkranken nach etwa 4 - 7 Tagen unter den Erscheinungen des Fiebers, der Traurigkeit, Mattigkeit, verringerter Fresslust, Schwellung der Augenlider, der Lippen- und Nasenränder, sowie unter Rötung und Schwellung der Lidbindehäute. 1 - 2 Tage später treten an den wollefreen, den schwach oder stark bewollten Hautstellen flohstichähnliche rote Flecke und einige Tage später an deren Stelle harte, meist flache Knötchen und Knoten von Erbsen- bis Bohnengröße auf, die fest bleiben oder erweichen und vereitern und hierauf zu einem schwarzbraunen Schorf eintrocknen können. Am deutlichsten zeigen sich diese Veränderungen an den inneren Schenkelflächen, am Euter und an der unteren Schwanzfläche. Die über den Pocken befindliche Wolle wird lose und läßt sich leicht entfernen. Die Krankheit dauert beim gewöhnlichen Verlauf etwa drei Wochen. Es sterben an ihr von den Wollschafen etwa 10 - 20 %, von den Afrikanerschafen bis zu 75 % (Deutsches Kolonial-Lexikon, 1920, Band III, S. 256).

Bovine Virusdiarrhoe/Mucosal Disease (BVD-MD)

Infiziert werden Rinder, Schafe und Wildwiederkäuer. BVD kann bei Tieren aller Altersstufen auftreten, Aborte in verschiedenen Trächtigkeitsstadien können vorkommen. (...) Zunehmende Störung des Allgemeinbefindens, Anorexie, Speicheln, nasser Kehlgang, Fieber, profuser Durchfall mit Tenesmus; die Fäzes sehen manchmal aus wie Serum und gerinnen auch; sonst enthalten sie Blut, Schleim und mitunter auch Fibrin. Am

Flotzmaul, den Naseneingängen, vor allem aber an der Maulschleimhaut bilden sich mehr oder weniger ausgeprägte Erosionen. Solche Veränderungen finden sich auch an der Haut im Zwischenklauenspalt. Die Schleimhaut- und Hautveränderungen sind jedoch nicht in jedem Fall deutlich. (Tierärztliche Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München).

Bovines Herpesvirus Typ 1 (BHV)

Die überwiegend respiratorische Manifestation wird als *Infektiöse Bovine Rhinotracheitis* (IBR) bezeichnet. Sie geht in ihrer akuten Form mit Fieber bis zu 42° C, serösem Nasenausfluss, einer Hyperämie der Schleimhäute von Flotzmaul und Nase sowie mit Speicheln einher. Bereits zu Beginn der Erkrankung sinkt die Milchleistung der laktierenden Tiere. Später treten Husten und Augenausfluss auf. Vereinzelt sind auf der Nasenschleimhaut stecknadelkopfgroße, pustelartige Erhebungen zu beobachten. Die Krankheitsdauer beträgt 10 bis 14 Tage. Trächtige Kühe können vor allem im fünften bis achten Trächtigkeitmonat nach einer Inkubationszeit von drei bis sechs Wochen abortieren. (...) Die genitale Form der Infektion zeigt sich als Infektiöse Pustulöse Vulvovaginitis (IPV) beim weiblichen Tier und als Infektiöse Balanoposthitis (IBP) beim Bullen. Die Inkubationszeit beträgt ein bis drei Tage. Die Infektion geht oft mit leichtem Fieber, Rötung und Schwellung der Schleimhaut der äußeren Genitalien, Unruhe und schmerzhaftem Harndrang einher. Auf der Genitalschleimhaut bilden sich stecknadelkopf- bis kirsch kerngroße, bläschenartige, grauweiße Erhebungen mit gerötetem Hof, die sich zu Pusteln, kruppösen Veränderungen und ulzerativen Erosionen weiterentwickeln können. Das akute Stadium dauert zwei bis vier Tage, die Läsionen sind etwa 10 bis 14 Tage nach Beginn der Erkrankung abgeheilt. (...) Die neurologische Form, die gelegentlich bei BHV1-infizierten Kälbern auftreten kann, ist durch Muskelzittern, Ataxie und Erblindung charakterisiert. Neben dieser seltenen Manifestation fällt bei Kälbern die IBR in der Regel als fieberhafte Allgemeinerkrankung mit vorwiegend respiratorischen Symptomen auf. Bakteriell bedingte Pneumonien sind die häufigsten Sekundärinfektionen. Zusätzlich wurde Durchfall als klinisches Symptom einer generalisierten BHV1-Infektion beobachtet (Epidemiologie und Bekämpfung der BHV1-Infektion am Beispiel ausgewählter Betriebe Niedersachsens, Dissertation von Kathrin Wiedl, 2008).

Bösartiges Katarrhalfieber (BKF)

Die Erkrankung kommt weltweit vor und befällt vorwiegend Rinder, aber auch Büffel, Ziegen, Gämsen, Steinböcke, Elche, Rentiere und Giraffen sind empfänglich. Einzelfälle sollen auch bei Schafen vorkommen. (...) Frühe Symptome sind Fieber über 40° C, Muskelzittern, Teilnahmslosigkeit, Pansenatonie (Versagen der Pansenmotorik), Versiegen der Milch, erhöhte Atem- und Herzfrequenz (Tachykardie). Bei der perakuten Form kann bereits der Tod eintreten.

Ab dem ersten oder zweiten Krankheitstag kommt es bei der Kopf-Augen-Form zu Schwellungen der Kopfschleimhäute. Die Entzündung der Bindehäute führt zu vermehrtem Tränenfluss und Anschwellung des Auges und greift später auch auf die mittlere Augenhaut (Iridozyklitis) über und kann zum Aufbrechen des Augapfels führen. Der Nasenausfluss ist zunächst wässrig und später durch bakterielle Sekundärinfektionen eitrig und mit Fibrin durchsetzt. Durch die Schwellung der Atemwege ist die Atmung beeinträchtigt, und es kann zu Erstickungsanfällen kommen. Sie kann auch auf die unteren Atemwege übergreifen und zu einer kruppösen Lungenentzündung mit starkem Husten führen. Ein Übergreifen der Entzündung auf die Stirnhöhle (Sinusitis) kann zur Lockerung der Hörner führen. Die Entzündung der Maulschleimhaut führt nach anfänglicher Rötung zu diphtherieähnlichen Belägen, bei deren Lösung stark gerötete Erosionen zurückbleiben. Die Futtaufnahme ist durch diese schmerzhaften Prozesse stark reduziert. Bei Übergreifen auf die Schleimhaut des Magen-Darm-Kanals (Intestinale Form) kann es zu einer Entzündung des Magens (Ruminitis, Gastritis) und Darms (Enteritis) mit Kolik, Durchfall oder Verstopfungen kommen. Die milde Form ist durch ein abgeschwächtes Krankheitsbild mit wenigen Erosionen in Mund- und Nasenschleimhaut gekennzeichnet.

Neben den Erkrankungen der Kopfschleimhäute kommt es nicht selten auch zu ähnlichen Veränderungen an den Schleimhäuten der Genitalien. Schließlich kann auch die Haut (Hals, Rücken, Euter, Klauenspalz) betroffen sein. Oft entwickeln sich bei der Kopf-Augen-Form auch zentralnervöse Erscheinungen, es können Erregungszustände, Gleichgewichtsstörungen, epilepsieähnliche Anfälle und schließlich ein Koma auftreten (wikipedia.de).

Vesikuläre Stomatitis

Empfängliche Arten: Pferd, Esel, Rind, Schwein, Mensch, kamelartige Tiere, Ziegen, Schafe. (...) Ein- bis dreitägige Inkubationszeit gefolgt

von leichtem Fieber. Die Aphthen sind weniger ausgeprägt als bei der Maul- und Klauenseuche und der Vesikulärkrankheit der Schweine. Die Aphthen treten oft nur an einer Lokalisation auf, sei es auf der Zunge, im Maul, an den Zitzen, auf der Rüsselscheibe, an Klauen- oder Huftrand. Erheblicher Milchrückgang bei Kühen. Klauenläsionen vor allem beim Schwein. Klinische Heilung erfolgt in drei bis vier Tagen. Bei Menschen kann die Infektion influenza-ähnliche Symptome auslösen und zu herpesähnlichen Blasen an der Lippe führen. (...) Vesikuläre Stomatitis ist klinisch nicht von der Maul- und Klauenseuche zu unterscheiden. (Bundesamt für Veterinärwesen, Schweiz, BVET).

Photosensibilität (Lichtkrankheit)

Durch bestimmte Pflanzenstoffe verursachte Hautveränderungen am Kopf, insbesondere an den Ohren und am Kronrand, bei weiblichen Schafen auch am Euter, insbesondere an den Zitzen. Erstes Symptom ist ein mit starkem Juckreiz verbundenes Erythem. Die Tiere kratzen und scheuern sich und suchen schattige Plätze auf. Je nach Dauer und Stärke der Lichteinwirkung verstärken sich die Hautveränderungen: ödematöse Schwellung, insbesondere der Ohren, Hautrisse, Austritt von seröser Flüssigkeit sowie Nekrose, Ulceration und flächenhafte Abstoßung der Epidermis, insbesondere im Bereich der Augen und Ohren (Lehrbuch der Schafkrankheiten, Behrens et. al, 4. Auflage).

Vergiftungen – Stiefkinder der Differenzialdiagnose

Sämtliche Symptome, die der Blauzungenkrankheit zugerechnet werden, können auch als Folge von Vergiftungen auftreten. Dem Erkennen solcher Ursachen stehen jedoch vier erhebliche Hürden entgegen:

1. Falls ein Tierarzt überhaupt eine Differenzialdiagnose vornimmt, dann steht die Prüfung möglicher Vergiftungen regelmäßig an allerletzter Stelle (siehe z. B. Infoblatt des FLI zu BTB). Soweit kommt es aber in der Praxis gar nicht, da die Tierärzte die Differenzialdiagnose in der Regel sofort abbrechen, sobald einer der Erregertests positiv anschlägt. Dass selbst aus schulmedizinischer Sicht diese Tests fragwürdig sind (auch gesunde Tiere können positiv testen!), stört sie nicht, denn schließlich machen's alle so. Und wie kann das, was alle machen, falsch sein?
2. Die möglichen Folgen von Vergiftungen sind ein Stiefkind der

Forschung. Sie finden beispielsweise in den Beipackzetteln von Pestiziden, Insektiziden oder auch genverändertem Futter kaum Angaben über mögliche Nebenwirkungen. Soweit entsprechende Untersuchungen überhaupt vorgenommen werden, sind sie – wie die Blauzungen-Feldstudie – zu klein dimensioniert und mit zu kurzer Laufzeit, um ein realistisches Bild von – vor allem langfristigen – Nebenwirkungen erfassen zu können.

3. Landwirte berichten beispielsweise nicht nur von Impfnebenwirkungen, sondern auch von Erkrankungen nach Einsatz von Repellentien zur Abwehr von Insekten. Doch da in den Beipackzetteln kaum bis keine Nebenwirkungen beschrieben sind, winken die meisten Tierärzte ab: „Das kann nicht davon kommen, also muss es eine Infektion sein. Lass uns doch mal einen Labortest machen.“ Auf diese Weise werden – völlig ungenügende – Beipackzettel zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung.
4. Schauen Sie also, wenn Sie Tierhalter sind, Ihrem Tierarzt bei der nächsten Visite vorsichtshalber über die Schulter.

Wie man das Blauzungenvirus (er) fand

Um zu verstehen, wie man zum heutigen Verständnis über das Wesen und die Ursachen der Blauzungenkrankheit gekommen ist, muss man medizinhistorisch vorgehen und – soweit möglich – die Originalpublikationen jener Experimente auswerten, mit denen bewiesen wurde, dass eine Krankheit infektiösen Ursprungs ist. Nachfolgend einige Anmerkungen auf Grundlage einer ersten Sichtung solcher historischer Quellen.

Seit wann das Symptombild bekannt ist, ist unklar

Ob es sich bei der Blauzungenkrankheit um eine völlig neue Krankheit handelt – so wie z. B. Polio, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts erstmals gehäuft auftrat – ist schwer zu sagen.

Die erste mögliche Erwähnung der Blauzungenkrankheit stammt aus dem Jahr 1876: In einem Tiergesundheitsbericht Südafrikas ist hier von einer fieberhaften Krankheit der Schafe die Rede, jedoch gibt es keine weitergehende Beschreibung der Symptome. Auch seit wann diese Krankheit auftrat, läßt dieser Bericht offen. Der Begriff „Blauzunge“ wurde erstmals von dem Südafrikaner Spreull etwa gegen 1902 verwendet.

Eindimensionale Ursachenforschung

Spreull war es auch, der 1905 den Beweis antreten wollte, dass es sich bei BTD um eine übertragbare Krankheit handelt: Er injizierte Blut erkrankter Schafe in gesunde Schafe, worauf diese Krankheitssymptome zeigten. Diese Versuche gelten bis heute als Beweis dafür, dass „*sich die Krankheit über ein zellfreies Blutfiltrat übertragen lässt*“ (Koslowsky 2002).

Bewiesen hat er damit jedoch im Grunde nur, dass Schafe Fieber – und unter Umständen weitere Symptome – bekommen, wenn man ihnen Fremdblut injiziert. Damals wie heute sind Kontrollversuche mit Blut von gesunden Tieren unüblich. Diese wären aber notwendig, um zu beweisen, dass die Erkrankung der mit den Blutinjektionen kranker Tieren beglückten Schafe etwas mit der Krankheit der Ausgangsschafe zu tun hat.

Von Ursachenforschungen jenseits der Erregerwelt habe ich in der

historischen Literatur bisher nichts gefunden. Dabei wäre jedoch zumindest die sogenannte Mutterkornvergiftung ein passender Kandidat. Das Mutterkorn, eine spezielle Pilzart, die in den Ähren von Getreide- und Grassorten wächst, liebt warmes und feuchtes Wetter und feuchte Niederungen. Es kann bei versehentlichem Verzehr die meisten Symptome von BTB verursachen. Vor hundert Jahren waren Mutterkornvergiftungen noch ein weit größeres Problem als heute.

An Vergiftungen hat man damals ebenfalls nicht gedacht. Dabei kamen nach Erfindung des Pestizid-Sprühgerätes im Jahr 1873 hochgiftige Blei- und Arsenverbindungen zunehmend zum Einsatz (Jim West). Doch da dieser mögliche Zusammenhang niemals näher erforscht wurde, haben wir dazu bis heute keine zuverlässigen Daten.

Optische Identifizierung unmöglich

Das Elektronenmikroskop (EM), mit dem man erstmals Viren optisch sichtbar machen konnte, wurde in den 30er Jahren des 20ten Jahrhunderts in Deutschland entwickelt und ging 1939 bei Siemens in Serie. Zumindest bis zu diesem Zeitpunkt konnten sämtliche (!) Virushypothesen nicht mehr sein als das – nämlich Hypothesen.

Anstatt auch andere Ursachen einzubeziehen, unternahm man jedoch von Anfang an ausschließlich Injektionsversuche von Blut- und Gewebeproben erkrankter Tiere in den Organismus von gesunden Tieren. Wie schon festgestellt, haben diese Experimente ohne Kontrollversuch keinerlei Aussagekraft über irgendwelche vermeintlichen Krankheitsreger.

Das hinderte jedoch den Südafrikaner Theiler nicht daran, 1906 einen Impfstoff zu entwickeln, der in Südafrika bis 1943 etwa 50 Millionen mal eingesetzt wurde. Einen Impfstoff gegen ein Virus, dessen Existenz eine reine Hypothese darstellte. Ohne EM gab es keine optische Identifizierung des Erregers. Ohne optische Identifizierung ist jedoch eine Hochaufreinigung und die Erfüllung der Koch'schen Postulate unmöglich. Dennoch behauptet die Wissenschaft bis heute, Spreull und Theiler hätten die grundlegende Beweisführung für die Virushypothese erbracht.

Blauzungenkrankheit bei Rindern: Eine Folge von Impfungen?

Die Diagnose BTB ist bis 1932 in Südafrika bei Rindern unter diesem Namen unbekannt. Die Symptome sind es jedoch nicht: Die Maul- und Klauenseuche (MKS) ist von BTB klinisch nicht unterscheidbar.

Die MKS war in den südafrikanischen Rinderherden jener Zeit ein Pro-

blem. Deshalb führte man 1932 - 1933 eine große Impfkampagne durch. Bei Cox findet sich nun eine interessante Formulierung. Demnach habe man während dieser Impfkampagne (!) eine „*bisher nicht beschriebene Entzündung der Mundschleimhaut*“ bei Rindern festgestellt.

Die Diagnose MKS wurde gar nicht erst in Erwägung gezogen, vermutlich, weil dies bedeutet hätte, dass die MKS-Impfung zumindest teilweise wirkungslos oder sogar schädlich gewesen wäre. Also musste das Blauzungenvirus, an dessen Existenz man fest glaubte, vom Schaf auf das Rind überggesprungen sein. Woran man allerdings den klinischen Unterschied zwischen BTD und MKS im Maulbereich festmacht, ist mir rätselhaft.

Auf den Gedanken, dass die beobachteten Erkrankungen typische Impfschäden gewesen sein könnten, kam man laut den von mir gesichteten Publikationen nicht, ein Zusammenhang wurde somit gar nicht erst untersucht – und das bis heute.

Wie „bewiesen“ wurde, dass die Blauzungenkrankheit durch Mücken übertragen wird

Wie würden Sie, lieber Leser, versuchen zu beweisen, dass Mücken die Überträger von BTD sind? Vorschlag: Man nehme ein Rind, das nachweislich an BTD erkrankt ist. Dann fange man so viele Gnitzen – die angeblich krankheitsübertragende Mückenart – wie man kann und sperre diese Gnitzen zusammen mit diesem Rind in einen Stall, der mückensicher abgedichtet ist. Gleichzeitig Sorge man dafür, dass die weiblichen Mücken günstige Ablagemöglichkeiten für ihre Eier finden, so dass sie möglichst schnell wieder bereit für eine neue Blutmahlzeit sind. Dann locke man die ganzen Mücken bei Dunkelheit mit einem Licht in einen Nachbarstall, in dem ein gesundes Rind steht und stelle sicher, dass auch dieses gesunde Rind reichlich von den Gnitzen gestochen wird.

Erkrankt das bisher gesunde Rind zuverlässig und auch bei wiederholten Versuchen ebenfalls an den Symptomen von BTD, dann liegt die Schlußfolgerung, die Gnitzen könnten etwas damit zu tun haben, nahe.

Zur Sicherheit müsste man allerdings noch Kontrollversuche mit gesunden Rindern als „Ausgangsmaterial“ machen, um Fehlinterpretationen auszuschließen. So ungefähr würde ich es machen, wengleich sicherlich noch eine ganze Reihe von Detailfragen beachtet werden müssten.

Der südafrikanische Amtsarzt R. M. Du Toit hatte jedoch eine völlig andere Vorstellung über die Art der Beweisführung. Anfang der 40er Jah-

METHODS OF INJECTING AND STORING *Culicoides* UNDER EXPERIMENTAL CONDITIONS.

For purposes of injection the *Culicoides* were finely ground by means of a pestle and mortar with the addition of a small quantity of 10 per cent. normal horse or sheep serum in saline and a little sterile quartz sand. After grinding, further serum saline was added and the emulsion spun in a centrifuge at 3,000 r.p.m. for half an hour to remove larger particles of suspended matter. Injections were made intravenously but some animals showed symptoms of shock and several deaths occurred in sheep until a standard procedure was adopted which gave entirely satisfactory results. This consisted of an initial desensitization by injection of 5 c.c. emulsion subcutaneously, followed, half an hour later, by a 10 c.c. intravenous infecting dose.

*Um zu beweisen, dass Mücken die Überträger der Blaulungenkrankheit sind, wurden sie eingefangen, zerstampft und als Teil einer Emulsion in gesunde Tiere injiziert. Wurden diese Tiere daraufhin krank, galt der Beweis als erbracht.
Quelle: Du Toit, „The Transmission of Blue-Tongue and Horse-Sickness by *Culicoides*“, Südafrika, 1944, Seite 11*

re ließ er in der Wildnis eingefangene und am Blut von erkrankten Tieren gesättigte Mücken einfangen, zerstampfen und zerreiben und zusammen mit Schafs- oder Rinderblut und Quarzsand in einer Salzemulsion zusammenmischen, die danach zentrifugiert wurde.

Diese Emulsion injizierte er gesunden Schafe und Pferde. Bei den ersten Versuchen starben die Schafe reihenweise, bis man eine etwas harmlosere Vorgehensweise fand, die jedoch nicht im Detail beschrieben wird. Die Protokolle des Experiments dokumentieren, dass man fieberhafte Reaktionen und – nicht näher beschriebene – „blauzungen-typische Symptome“ beobachtete und daraus schloss, dass die Mücken Überträger von BTB seien.

Wider den gesunden Menschenverstand

Ich empfinde eine solche Vorgehensweise – und insbesondere natürlich die Schlussfolgerungen – als Verletzung des gesunden Menschenverstands. Wenn man Schafen oder anderen Nutztieren solche Cocktails verabreicht, darf man sich wirklich nicht wundern, wenn ein Teil der Tiere fieberhaft erkrankt.

Die Beweislage dafür, dass BTB von Viren verursacht und von Mücken übertragen wird, ist also äußerst dürftig. Es hat den Anschein, als sei von Anfang an so gut wie ausschließlich die Erregerhypothese in Erwägung gezogen worden. Dem entsprechend wurde so lange experimentiert, bis man „Beweise“ für diese Hypothese konstruieren konnte.

Eine zentrale Forderung der Landwirtschaft muss deshalb – neben dem völligen Verzicht auf Zwangsimpfungen – die Neuaufnahme der Ermittlungen gegen die wahren Verursacher der BTB-Symptome sein.

Zusatzstoffe der zwangsverordneten BTV-Impfstoffe				
	Bluvac-8	Bovilis BTV8	BTVPUR AISap8	Zulvac 8 Bovis
Zusatzstoffe	Aluminiumhydroxid + Quil A (q.s. 2 ml) Thiomersal (0,2 mg)	Aluminiumh. (16,7 mg) Saponin (0,31 mg)	Aluminiumh. (2,7 mg) Saponin (30 HE)	Aluminiumh. (4 mg) Saponine (0,4 mg) Thiomersal (0,2 mg)
Dosierung Schafe	1 x 2 ml	1 x 1 ml	1 ml	–
Dosierung Rinder	2 x 4 ml	2 x 1 ml	2 x 1 ml	2 x 2 ml
Dosierung Ziegen	–	–	–	–
Gesundheitshinweis	nur gesunde und parasitenfreie Tiere	nur gesunde Tiere	nur gesunde Tiere	nur gesunde Tiere

Ohne Gewähr: Die Zusatzstoffe

Ohne „Adjuvantien“ kommen auch die BTV-Impfstoffe nicht aus. Die Impfbefürworter werden nicht müde, die Harmlosigkeit dieser Substanzen zu beteuern. Doch deren schädliche Wirkungen wurden nie wirklich erforscht, sagen kritische Fachleute. Und das, was man dennoch heute über diese Substanzen weiß, ist beunruhigend.

Laut Hersteller sind es die inaktivierten Viren, die den Hauptbestandteil der BTV-Impfstoffe ausmachen. Eines der größten Rätsel viraler Impfstoffe besteht darin, was genau mit der „Inaktivierung“ dieser Viren gemeint ist. Das wissen im Grunde auch die Hersteller nicht so genau: Sie wiederholen Prozeduren, die seit ca. 100 Jahren experimentell angewendet werden, um Viren „abzuschwächen“ oder „abzutöten“, indem man sie mit Formaldehyd oder Formalin in Kontakt bringt oder so lange von Versuchstier zu Versuchstier bzw. von Petrischale zu Petrischale überträgt, bis irgendwann ein bestimmter Versuch zur Zufriedenheit der Forscher ausfällt.

Auch Aluminiumhydroxid wird bereits seit Jahrzehnten eingesetzt, um Impfstoffen, die vom Immunsystem nicht als gefährlich eingestuft werden und nicht zur begehrten Antikörperproduktion führen, den richtigen „Pepp“ zu verleihen. Denn ein paar Milligramm von dieser Substanz im Impfstoff bringen das Immunsystem sofort in messbaren Aufruhr: Der Körper will es so schnell wie möglich neutralisieren und wieder loswerden.

Das ist auch kein Wunder, denn Aluminiumhydroxid ist ein langzeitwirkendes Nervengift, das je nach individuellen Umständen in der Lage ist, Nerven- und Gehirnzellen abzutöten. Alle Behauptungen, dieses Adjuvans sei sicher, beruhen entweder auf leeren Behauptungen – oder auf Studien mit zu kleinen Testgruppen und zu kurzer Laufzeit (Shaw 2007).

Der Konservierungsstoff Thiomersal ist das Natriumsalz einer organischen Quecksilberverbindung. Quecksilber ist das giftigste nicht-radioaktive Element auf unserem Planeten. Es ist zehn mal so giftig wie Blei und dreimal so giftig wie Arsen (Mutter 2009).

Die in Impfstoffen enthaltene Konzentration von Thiomersal reicht nachweislich aus, Nervenzellen abzutöten. Wie bei Aluminiumhydroxid

gab es auch zu Thiomersal bisher keine aussagekräftigen Sicherheitsstudien, bzw. die zahlreichen Studien zur Sicherheit von Amalgam, das ja ebenfalls zur Hälfte aus Quecksilber besteht, werden bis heute ignoriert (Mutter 2009, Hartmann 2008).

Der dritte in den BTV-Impfstoffen enthaltene Zusatzstoff ist die Gruppe der Saponine. Diese können laut wikipedia.de rote Blutkörperchen abtöten und die Durchlässigkeit der Darmwand erhöhen. Die Saponindosis in BTVPUR ist bezeichnenderweise mit HE angegeben: Das ist eine Maßeinheit für die hervorgerufene Auflösung von roten Blutkörperchen. Kein Wunder, dass der Organismus darauf mit Vollalarm reagiert!

Ein weiteres gravierendes Problem kommt noch hinzu: Die verschiedenen giftigen Substanzen addieren sich nicht einfach in ihrer schädlichen Wirkung, sondern sie können sich potenzieren (Eichholtz 1956). So ist etwa die Dosis Quecksilber, die in der Lage ist, 1 % der Versuchstiere zu töten (Fachbegriff: LD1), in Kombination mit der LD1-Dosis von Blei plötzlich zu 100 % tödlich (Mutter 2009).

Wie nun Quecksilber, Aluminiumhydroxid und Saponine (auch Quil A ist übrigens ein Saponin) in dieser Form zusammen und mit anderen Giften wie Pestiziden und den Repellentien wirken, weiß niemand. Solche Forschungen werden auch so lange unterbleiben, wie die Bevölkerung sie nicht massiv fordert.

Mein Fazit

Es spricht einiges dafür, dass es sich bei der Blauzungenkrankheit ursprünglich um eine Mutterkornvergiftung südafrikanischer Schafe gehandelt hat, insbesondere bei weniger widerstandsfähigen europäischen Importrassen wie dem Merinoschaf. Das Mutterkorn tritt mit Vorliebe dort auf, wo es auch Gnitzen gibt. Der angebliche Sprung der Krankheit vom Schaf auf das Rind ist eine Fehlinterpretation von Impfschäden nach einer MKS-Massenimpfaktion bei Rindern. Dass BTD bei Ziegen auftritt, geht auf eine Einzelbeobachtung in Israel zurück. Die wahren Ursachen von Symptomen aus dem BTD-Spektrum sind individueller Natur, weshalb der Tierarzt vom Tierhalter zu einer sorgfältiger Anamnese angehalten werden sollte. Die angebliche BTD-Epidemie im Jahre 2007, die zur Zwangsimpfung führte, ist in Wirklichkeit auf die Einführung (und intensive Anwendung) neuer Labortests zurückzuführen. Weder für die Wirksamkeit noch für die Sicherheit von BTD-Impfstoffen gibt es nachvollziehbare Beweise.

Fußnoten:

- 1 <http://www.tierseucheninfo.niedersachsen.de>
- 2 www.wdr.de
- 3 <http://dgmea.com>
- 4 Email von Prof. Heinz Mehlhorn vom 27.07.09
- 5 www.diss.fu-berlin.de
- 6 siehe impf-report Nr. 24
- 7 siehe impf-report Nr. 14
- 8 Franz J. Conraths et. al. „Epidemiology of Bluetongue Virus Serotype 8, Germany“, *Emerg Infect Dis.* 2009 March; 15(3):433-435
- 9 IGGT „Fakten zur Blauzungenimpfung“, angegebene Originalquelle: „Dr. Rehm (StMUGV): Tierseuchenbekämpfung, Bekämpfung der Blauzungenkrankheit - Informationen über geplante Impfung, Schreiben vom 11.04.2008 an Regierungen, LGL, BTKS“, www.ig-gesunde-tiere.de
- 10 www.impfkritik.de/blauzungenkrankheit
- 11 eigene Korrespondenz mit dem FLI, Juli 2009
- 12 *The Georgia Straight*, 23. März 2006, <http://www.straight.com>

Literatur:

Die ersten Blauzungen-Ausbrüche in Nordeuropa: Siehe Webseiten der Weltgesundheitsbehörde OIE mit Dokumentation der gemeldeten Ausbrüche

http://www.oie.int/eng/info/hebdco/a_isum.htm

http://www.oie.int/wahis/public.php?page=country_reports

Herald R. Cox, „Bluetongue“, *Microbiol. Mol. Biol. Rev.* 1954 18: 239-253

Jim West, <http://www.harpub.co.cc>

Silvia Koslowsky, „Bluetongue Disease in Deutschland“, Dissertation Berlin 2002

R. M. Du Toit „The Transmission of Blue-Tongue and Horse-Sickness by *Culicoides*“, Südafrika, 1944

Christopher A. Shaw „Aluminum Adjuvant Linked to Gulf War Illness Induces Motor Neuron Death in Mice“, *NeuroMolecular Medicine*, February 2007, Volume 9, Issue 1, pps. 83-100

Dr. med. Joachim Mutter, 4. AZK-Konferenz, 27. Juni 2009

Dr. med. Klaus Hartmann, 5. Stuttgarter Impfsymposium, 7. Juni 2008

Prof. Dr. Fritz Eichholtz „Die toxische Gesamtsituation auf dem Gebiet der menschlichen Ernährung: Umriss einer unbekannteren Wissenschaft“, Springer (1956)

SARS

SARS gilt als eine hochansteckende tödliche Viruserkrankung, die Ende 2002 erstmals in der südchinesischen Provinz Guangdong auftrat und sich vom benachbarten Hongkong aus in kürzester Zeit per Flugzeug über den gesamten Globus ausbreitete. Innerhalb von nur wenigen Wochen setzte sich über das von der WHO betriebene internationale Netzwerk von epidemiologischen Instituten die Hypothese vom angeblich hochpathogenen Coronavirus als Verursacher von SARS durch. Die Schnelligkeit, mit der die plötzlich aus dem Nichts aufgetauchte SARS-Hypothese von der wissenschaftlichen Welt aufgenommen und akzeptiert wurde, ist angesichts der zahlreichen Widersprüche bemerkenswert. Will man sich ein eigenes Bild von der angeblichen Epidemie und der Wahrheit hinter den SARS-Kulissen machen, so muss man zunächst – ähnlich wie ein Kriminologe – die zeitliche Abfolge der Ereignisse rekonstruieren. Nachfolgend eine Zusammenstellung der SARS-Historie.

Wie alles begann: Die Historie des SARS-Virus

November 2002: In der südchinesischen Provinz Guangdong erleiden fast 800 Menschen eine „mysteriöse Lungenkrankheit“, bis Ende Februar 2003 sterben 31 von ihnen.¹ Nach mehreren Ausbrüchen der angeblichen Vogelgrippe in den letzten Jahren werden auf einer Insel von Hongkong aus Angst vor einer Epidemie Tausende von Hühnern vorsorglich getötet. Die Situation in Hongkong und der direkt angrenzenden Provinz Guangdong ist angespannt. Man fürchtet ein Überspringen der Vogelgrippe auf den Menschen wie bei der Epidemie 1997/98.²

9. Februar 2003: Die Geschäfte des Schweizer Pharmariesen Roche mit dem antiviralen Medikament TAMIFLU laufen in Guangdong hervorragend an. Die Behörden warnen den Konzern: Sie verdächtigen ihn, Epidemie-Gerüchte gestreut zu haben. Zudem kritisieren sie das aggres-

sive Marketing des Konzerns, der sein Produkt TAMIFLU als effektives Mittel gegen Vogelgrippe anpreist.³

11. Februar 2003: Die chinesischen Behörden räumen erstmals das Vorkommen schwerer Pneumoniefälle in Guangdong ein.⁴

19. Februar 2003: CNN meldet, dass eine „mysteriöse Krankheit“ in Guangdong fünf Menschen getötet habe und mindestens 305 Menschen seit November erkrankt seien. Laut Meldungen der Hongkonger Presse handelt es sich um Vogelgrippe.⁵

26. Februar 2003: Der Geschäftsmann Jonny Cheng landet von Hongkong kommend in Hanoi:

„Als der erkrankte chinesisch-amerikanische Geschäftsmann Jonny Cheng sich in das französische Hospital in Hanoi, der Hauptstadt Vietnams, begab, war er bereits todkrank. Es sah nach einer Lungenentzündung aus, aber das hohe Fieber, der Husten und andere Symptome beunruhigten die Ärzte. Cheng war aus Hongkong kommend gelandet, wo ein Vater und sein Sohn kürzlich ein Opfer der Vogelgrippe geworden waren, einem Erreger, der nach Befürchtung von Experten eine weltweite Epidemie auslösen könnte, vergleichbar mit der Spanischen Grippe von 1918-19, an der bis zu 50 Millionen Menschen starben.“⁶

Das französische Hospital in Hanoi ist eine Privatklinik mit 60 Betten. Chengs Zustand verschlechtert sich innerhalb von zwei Tagen enorm. Die Mitarbeiter der Klinik vermuten einen Ausbruch der Vogelgrippe. Da zu keinem Zeitpunkt über labortechnisch nachgewiesene Vogelgrippeviren berichtet wird, basiert dieser Verdacht wahrscheinlich allein auf dem Umstand, dass Cheng aus Hongkong einreiste.

Welche Medikamente Cheng erhalten hat, ist nicht bekannt. Es ist jedoch anzunehmen, dass er zur Bekämpfung des Influenzavirus (zu dessen Familie auch die Vogelgrippeviren gehören) entweder Amantadin, ein wegen seiner enormen Nebenwirkungen inzwischen weltweit kritisiertes und zunehmend gemiedenes antivirales Medikament oder den Wirkstoff Oseltamivir, also die Produkte TAMIFLU bzw. RELENZA, erhalten hat. Auch diese Medikamente können starke Nebenwirkungen verursachen.

28. Februar 2003: Das Hospital zieht nun den in Hanoi stationierten italienischen WHO-Arzt Dr. Carlo Urbani, einen Spezialisten für Infektionskrankheiten, hinzu. Dr. Carlo Urbani wird in verschiedenen Nachrichten als leidenschaftlicher Arzt geschildert. Er ist Präsident der italienischen Sektion von „Ärzte ohne Grenzen“ und bereits vor seiner Stationierung

in Hanoi in verschiedenen der ärmsten Ländern der Welt tätig gewesen. Auch der neuen Aufgabe in der vietnamesischen Hauptstadt widmet er sich hingebungsvoll bei Tag und Nacht.

Da plötzlich weitere Patienten und selbst das Krankenhauspersonal erkranken, geht auch Urbani von einer Infektionskrankheit aus. Er verbessert den mangelhaften Infektionsschutz im Hospital und verschickt Patientenproben zum Testen. Zudem wird eine Isolationsabteilung eingerichtet.

„Unter den ersten 60 Patienten mit SARS waren mehr als die Hälfte medizinisches Pflegepersonal. Schließlich trafen viele unter den Mitarbeitern die schwere Entscheidung, sich selbst unter Quarantäne zu setzen. Um ihre Familien und ihr Umfeld zu schützen, setzten sich einige Pflegekräfte einem großen persönlichen Risiko aus, indem sie im Hospital schliefen und sich vor der Außenwelt abschotteten.“⁷

Ob das Krankenhauspersonal selbst vorsorglich antivirale Medikamente – z. B. Tamiflu, das selbst Grippe Symptome auslösen kann – zu sich genommen hat, wird leider nicht berichtet. Es ist meines Erachtens jedoch davon auszugehen: Zum einen ist es die übliche medizinische Vorgehensweise bei Gefahr einer Influenzaseuche, zum anderen stellen aus meiner Sicht Medikamentennebenwirkungen die einzige plausible Erklärung für die Erkrankungswelle in diesem Krankenhaus dar. Denn ein SARS-Virus hat niemals existiert, wie ich noch aufzeigen werde.

28. Februar 2003: Am gleichen Tag melden Veterinärbeamte einen Ausbruch der Vogelgrippe in einem niederländischen Geflügelmastbetrieb.⁸

5. März 2003: Urbani ruft seinen Vorgesetzten Dr. Shigeru Omi, den Westpazifik-Beauftragten der WHO, in Manila an und bittet telefonisch um technische Unterstützung:

„Er berichtete von einem möglichen Fall der Vogelgrippe“, sagte der WHO-Sprecher Dick Thompson, der den Anruf mitbekam, da er gerade am Schreibtisch eines Kollegen saß, welcher soeben den Auftrag erhalten hatte, nach Peking zu reisen und die Behörden dort davon zu überzeugen, die Geheimpolitik bezüglich der Provinz Guangdong im südlichen China aufzuheben. Seit Anfang Februar waren bei der WHO Berichte von schweren Lungenentzündungen eingegangen. Die Beamten waren besorgt, dass es sich um Vogelgrippe handeln könnte.“⁷

Welche Ergebnisse die durch Dr. Urbani veranlassten Labortests erbrachten, wissen wir nicht. Sie müssen jedoch ebenfalls ergebnislos gewesen sein, andernfalls wäre darüber berichtet worden.

9. März 2003: Urbani trifft sich zu stundenlangen Gesprächen mit dem stellvertretenden vietnamesischen Gesundheitsminister und verpflichtet die Behörden zur totalen Quarantäne des Hospitals, seiner Insassen und Mitarbeiter.⁷

Urbanis Frau bittet ihn inständig, Vietnam sofort zu verlassen und nach Italien zurückzukehren. Sie hat Angst um ihn. Doch Urbani lehnt ab: Wie kann er seine Patienten in dieser Situation allein lassen?⁵⁸ Ganz abgesehen davon, dass er ja selbst bereits potentieller Träger des tödlichen Virus sein und es auf Reisen verbreiten könnte.

Doch sein Vorgesetzter in Manila entscheidet anders. Dr. Omi drängt Urbani, an einer Tagung in Bangkok (Thailand) teilzunehmen.

Die Begründung: Er soll sich dort von den Strapazen der letzten Tage erholen.⁹ Abgesehen davon, dass Fachtagungen in der Regel eher anstrengend als erholsam sind, ist nicht anzunehmen, dass Urbani dieser Anweisung widerspruchslos gefolgt ist. Zumal inzwischen Dutzende Mitarbeiter und Patienten – teilweise sehr schwer – erkrankt sind und das Personal hoffnungslos überlastet ist.⁶

Zudem muss Urbani, wie schon erwähnt, damit rechnen, selbst zum Verbreiter der vermuteten hochansteckenden Vogelgrippe zu werden. Jetzt zu gehen, kann aus seiner Sicht also aus mehreren Gründen nur ein Akt völliger Verantwortungslosigkeit gewesen sein.

11. März: Trotz aller Bedenken sitzt Urbani im Flugzeug nach Bangkok. Noch während des Fluges erreicht die Krankheit auch ihn:

„Am 11. März zeigten sich bei ihm die ersten Symptome während des Fluges nach Bangkok. Bei seiner Ankunft bat er einen Kollegen vom CDC, der ihn am Flughafen begrüßte, sich ihm nicht zu nähern. Sie setzten sich mit einem Abstand voneinander und warteten schweigend auf eine Ambulanz mit der notwendigen Schutzausrüstung.“⁷

Urbani wird vom Flughafen aus direkt in die Isolierstation eines Hospitals in Bangkok eingeliefert. Ob seine Symptome eine Folge der von ihm bereits eingenommenen Grippemedikamente sein könnten, wird weder in den Fachpublikationen noch in den allgemeinen Medien jemals thematisiert.

12. März: Kaum hat Urbani Hongkong verlassen, gibt Dr. Shigeru Omi im Namen der WHO einen „globalen Alarm“ heraus und warnt weltweit vor einem hoch ansteckenden Atemwegssyndrom „unbekannter Ursache“. Hier ist erstmals von einem SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROM die Rede, einem „Schweren Akutem Atemwegssyndrom“, Abkürzung: SARS.

„Bisher konnte keine Verbindung zwischen diesen Ausbrüchen von akuten Atemwegserkrankungen in Hanoi und Hongkong und den Ausbrüchen von Vogelgrippe (H5N1) hergestellt werden, die am 19. Februar aus Hongkong berichtet wurden. Die Untersuchungen dauern an, und Laboruntersuchungen der Proben aus Vietnam und Hongkong werden durch mit der WHO kooperierenden Zentren in Japan und USA vorgenommen.“¹⁰

13. März 2003: Jonny Cheng, der gerade aufgrund der schwierigen personellen Situation im Hanoi Hospital in eine Hongkonger Klinik verlegt worden war, steckt dort – der offiziellen Sichtweise zufolge – weiteres Pflegepersonal an. Medikamentennebenwirkungen werden auch hier nicht als Ursache diskutiert. Cheng stirbt am 13. März in Hongkong.⁶

Bis 15. März: Der globale Alarm greift. Aus Hongkong einreisende Personen, die Grippesymptome aufweisen, sind ab sofort mögliche SARS-Fälle. Die ersten Verdachtsfälle in Europa werden mit SARS in Verbindung gebracht, außerdem erste Todesfälle in Kanada. Allein Symptome und ein kürzlicher Besuch Hongkongs reichen für den SARS-Verdacht aus.

15. März 2003: Die WHO gibt eine weltweite Reise-Warnung aus. Auch in Deutschland treten die ersten Verdachtsfälle auf.

18. März 2003: Erster Verdachtsfall in Spanien, erste SARS-Fälle in Japan. SARS-Verdachtsfälle werden in der Regel sofort, selbst wenn sie keine Symptome zeigen, unter schwere Quarantäne gestellt und erhalten starke antivirale Medikamente. Mitunter werden auch Antibiotika gegeben, um Sekundärinfektionen zu unterbinden – insbesondere dann, wenn andere Pharmazeutika nicht anschlagen.¹¹

19. März 2003: Das globale Wettrennen der epidemiologischen Institute um die Entdeckung des geheimnisvollen SARS-Virus ist in vollem Gange. Ein erfolgreiches Institut kann nicht nur mit dem Ruhm rechnen, sondern auch mit künftig reichlich fließenden Zuschüssen zur Finanzierung weiterer Forschungen, Studien und Publikationen.

Forscher der Hongkonger Universität finden Paramyxoviren in SARS-Patienten. Dies wird vom WHO-Labor in Marburg und dem Hamburger Bernhard-Nocht-Institut (BNI) prompt bestätigt. Paramyxoviren sind bei Säugetieren und Vögeln sehr verbreitet, besitzen eine einsträngige RNA als genetischen Anteil und können in verschiedenen äußeren Formen vorkommen. Paramyxoviren gelten unter anderem als Ursache für Mumps und Masern.

Erste Todesfälle in Hongkong und Vietnam, erste Verdachtsfälle in Singapur, der Schweiz, den USA, in Frankreich und Großbritannien. Meldungen zu SARS – und der gleichzeitig von den Niederlanden ausgehenden Vogelgrippe-Epidemie an der deutschen Grenze – überfluten die Medien. Behörden und Regierungen halten eine Krisensitzung nach der anderen ab.

20. März 2003: Völkerrechtswidriger Angriff von USA und Großbritannien auf den Irak. Doch die Weltöffentlichkeit ist mit SARS und der Vogelgrippe beschäftigt!

21. März 2003: Guangdong wird als eigentliche Quelle der Epidemie ausgemacht. Als angeblicher Überträger gilt der 64jährige Arzt Liu Jianlun, der in Südchina Patienten mit schwerer Lungenentzündung behandelt hatte, die nun nachträglich als SARS-Patienten deklariert werden. Jianlun kam am 21. Februar im Hotel Metropol in Hongkong an (dies ist das gleiche Hotel, in dem auch Jonny Cheng gastierte, der eine Woche später nach Hanoi abreiste). Jetzt hat man zu der neuen Krankheit mit den bekannten Symptomen auch einen Ursprungsort und einen Infektionsweg.¹²

22. März 2003: Die WHO bestätigt, dass Paramyxoviren die wahrscheinlichen SARS-Verursacher sind. Die Hongkonger Forscher haben also im globalen Forschungswettbewerb die Nase vorn.¹³

24. März 2003: Die WHO gibt die Entwicklung eines Antikörpertests auf der Grundlage der Paramyxoviren bekannt. Der wissenschaftliche Erfolg der Chinesen scheint perfekt. Doch noch am gleichen Tag melden Forscher des CDC, in zwei Patienten Erreger aus der Familie der Coronaviren gefunden zu haben. Nach Ansicht des CDC sind diese Viren die wahre Ursache von SARS.¹⁴

25. März 2003: Die Geschwindigkeit, mit der die weltweiten WHO-Labore eine Kehrtwendung machen, ist verblüffend. Eben noch haben sie nach Paramyxoviren geforscht, jetzt plötzlich unterstützen sie die Coronavirus-Hypothese des CDC. Darunter auch die deutschen Labore in

Hamburg (PCR) und Frankfurt (AK-Test).¹⁵ Das ist irritierend, wenn man die Vielfalt der Bakterien und Viren bedenkt, die sich ständig im Menschen aufhalten, ob er nun gesund ist oder krank. Welcher Erreger darf es denn bitteschön sein?

26. März 2003: Prof. Kräusslich, Leiter der Abteilung Virologie am Uniklinikum Heidelberg (kein WHO-Referenzinstitut), sagt in einem Interview:

„Es ist nicht einmal bewiesen, dass die Krankheit bedrohlicher als eine normale schwere Lungenentzündung ist, die schließlich ebenfalls tödlich enden kann. Eins ist sicher: SARS führt zum Glück nicht zwangsläufig zum Tod.“

26. März 2003: Nach dem ersten SARS-Todesfall schließt Singapur alle Schulen und stellt hunderte Bürger unter Quarantäne. Einen Tag später schließt sich Hongkong diesen Maßnahmen an.

29. März 2003: Der italienische Arzt Carlo Urbani, der als Entdecker der Krankheit gilt, stirbt in Bangkok selbst an SARS. Wie seine Frau in der Ärzte Zeitung berichtet, hatte er wegen seiner Schmerzen Morphin bekommen. Morphin ist an sich bei Atemwegserkrankungen kontraindiziert, da es die Atemwege lähmt.

2. April 2003: Erneute Reisewarnung der WHO für Hongkong und Guangdong.¹⁶ In der renommierten Fachzeitschrift „New England Journal of Medicine“ (NEJM) erscheint ein erster Artikel zu SARS, der trotz des noch nicht eindeutig identifizierten Erregers keinen Zweifel an der Virus-hypothese lässt. Das WHO-Netzwerk wird für sein schnelles Erkennen der neuen Gefahr ausdrücklich gewürdigt.¹⁷

4. April 2003: Das RKI meldet: *„In Deutschland sind aktuell 5 wahrscheinliche und 16 Verdachtsfälle bekannt. In 2 Fällen erfolgte der Nachweis von Coronaviren. Alle Fälle standen in direktem Zusammenhang mit einem Aufenthalt in Asien. Es traten keine schweren Komplikationen auf.“*¹⁸

7. April 2003: *„Alle elf Laboratorien, die an SARS arbeiten, stimmen darin überein, dass ein Coronavirus die primäre Ursache ist“, sagte der WHO-Sprecher Peter Cordingley dem Wissenschaftsmagazin „New Scientist“.*⁵⁴ Ein weiterer Artikel im NEJM bestätigt die Gefährlichkeit von SARS anhand der Untersuchung von Erkrankten, bei denen eine Infektionskette bis Hongkong zurückreicht.²⁰

8. April 2003: Wissenschaftler aus Hongkong veröffentlichen in der renommierten Fachzeitschrift „Lancet“ einen Beitrag über das Coronavirus als mögliche Ursache von SARS. In zwei von 50 Patienten seien per

genetischem Testverfahren (PCR) Coronaviren nachgewiesen worden, bei 35 weiteren Patienten spezifische Antikörper. Bei „den meisten“ Patienten seien bekannte Viren und Bakterien nicht auffindbar gewesen. In einer Probe habe man das Bakterium „Escherichia Coli“ gefunden und bei zwei anderen Patienten „Klebsiella pneumoniae“ und „Haemophilus influenzae“. ²¹ Diese Spuren wird man nicht weiter verfolgen, obwohl sie letztlich auch nicht viel unwahrscheinlicher sind als die Indizien für Paramyxovirus- oder Coronaviren – von nichtviralen Ursachen, die niemals zur Diskussion standen, ganz zu schweigen. Die Entscheidung scheint gefallen: Das weltweite Labornetz der WHO wird sich jetzt nur noch mit dem Coronavirus als mögliche Ursache von SARS beschäftigen.

10. April 2003: Wissenschaftler des Bernhard-Nocht-Instituts veröffentlichten im New England Journal of Medicine (NEJM) eine Untersuchung, wonach in SARS-Patienten mittels der PCR-Methode Coronaviren nachgewiesen worden waren. Die gefundenen genetischen Sequenzen ähneln, so das BNI, den bekannten Coronaviren jedoch nur zu etwa 50 bis 60 %.

„SARS, das ist für Christian Drosten [vom BNI in Hamburg, d. Red.] vor allem eine Herausforderung. Noch diese Woche will er ein verbessertes SARS-Testverfahren erarbeiten und veröffentlichen. Die Wissenschaft hält sich momentan an keine Regeln, er hat das erste Testprotokoll einfach ins Internet gestellt. „Wir wissen auch noch nicht, ob wir uns damit nicht verbrennen. Vielleicht liegen wir ja inhaltlich falsch. Aber es ist ein ziemliches Rennen, weltweit.“ Bei der WHO sprachen sie, als die ersten Tests entwickelt wurden, trotzdem von einem „ersten Sonnenstrahl“. ⁵⁵

Schlussfolgerung der Publikation: Das neue Coronavirus, auf dessen Existenz man aufgrund der gefundenen Gensequenzen schließt, „könnte“ eine Rolle bei der Verursachung von SARS spielen. ²² Am gleichen Tag, also am 10. April 2003 erscheint – ebenfalls auf www.nejm.org – eine weitere wichtige Publikation der US-Seuchenbehörde CDC, die eine Identifizierung des Coronavirus als Krankheitsursache für sich in Anspruch nimmt. ⁵⁶

11. April 2003: Das Hamburger Biotechnologieunternehmen artus GmbH gibt die Entwicklung eines Labortests für das vermutliche SARS-Virus bekannt. Der Test wurde zusammen mit dem BNI entwickelt, das unter anderem die Gensequenzen beisteuerte, die typisch für den SARS-Erreger sein sollen. Der neue Test wird an Labore in der ganzen Welt zur Prüfung versendet. ²³

„The Scientist“ veröffentlicht auf seiner Webseite einen Artikel über

Frank Plummer, den führenden SARS-Forscher Kanadas und Direktor eines der WHO-Laboratorien. Plummer zeigt sich nicht von der zentralen Rolle des Coronavirus an der Entstehung von SARS überzeugt: Laut Plummer sinke der Anteil der Proben von kanadischen SARS-Patienten, die das Coronavirus enthalten. Anfang der Woche hätten noch etwa 60 % das Virus im PCR-Test gezeigt, jetzt seien es nur noch 50 %. Zudem finde man nur geringste Virusmengen, die nur mit sehr empfindlicher PCR festzustellen sei. Die Falldefinition von SARS sei „ein wenig unbestimmt“. Rätselhaft sei, dass einige der passendsten Fälle (mit engem Kontakt zu SARS-Erkrankten) testnegativ ausgefallen seien.

Die Mehrheit der weltweiten Laboratorien teste hauptsächlich Proben aus dem Nasen-Rachenraum, wo das Virus eigentlich in großer Menge vorhanden sein müsse. Die Beweislage dafür, dass SARS eine große Gefahr darstelle, sei bisher nicht beeindruckend. Seinen Kollegen wirft er vor, unter dem hohen Druck, unter dem sie stehen, vorschnell Ergebnisse zu veröffentlichen. Er selbst müsse noch überzeugt werden – auch von der Behauptung des CDC, in 400 Nicht-SARS-Kontrollproben kein einziges positives SARS-Ergebnis gefunden zu haben. Dies seien jedoch keine mit der PCR-Methode getesteten frisch entnommenen Proben, sondern auf Antikörper getestete eingelagerte Blutproben von CDC-Angestellten gewesen. Plummer habe dies anhand von eingelagerten kanadischen Proben nachvollziehen können und zwischen den Zeilen lasse er durchblicken, dass er an der Vergleichbarkeit der Testergebnisse zweifelt. Plummer ist zwar der Ansicht, dass die per PCR nachgewiesenen Gensequenzen auf ein neues Virus hindeuten, das in der Bevölkerung kursiert, aber er hält es anhand seiner Untersuchungen nicht für gefährlich. Wie der Artikel in „The Scientist“ weiter ausführt, ist laut Julia Hall vom WHO Global Outbreak Alert and Response Network die Tatsache eines beachtlichen Anteils von falschpositiven Testergebnissen noch nicht bei der WHO angekommen.

13. April 2003: Kanadische Forscher behaupten, das Genom des SARS-Virus entschlüsselt zu haben. Sie veröffentlichen die gefundenen Gensequenzen auf ihrer Webseite.²⁴

16. April 2003: Nur wenige Tage nach dem kanadischen Forschungsteam gibt auch das CDC bekannt, das Genom des Coronavirus vollständig entziffert zu haben.⁵³

„Eine Firma aus Singapur und die Centers for Disease Control wollen noch in dieser Woche eigene SARS-Tests auf den Markt bringen.“²⁵

13 Labore aus zehn Nationen arbeiten unter der Koordination der WHO eng zusammen. Die WHO identifiziert das Coronavirus endgültig als Erreger. Unter anderem beruft man sich auf Ansteckungsexperimente mit Affen in den Niederlanden (auf diese Tierversuche werde ich noch eingehen!).⁴³ Die US-Regierung ruft die Pharmahersteller zur Entwicklung von SARS-Impfstoffen auf. Diese reagieren jedoch sehr zurückhaltend. Offenbar sind auch sie von der Gefährlichkeit des neuen Virus noch nicht so richtig überzeugt.

17. April 2003: Die WHO bezeichnet den gemeinsam von artus und BNI entwickelten PCR Test als unbrauchbar.²⁶ Erster SARS-Fall in Indien.²⁷

18. April 2003: Nach internationaler Kritik an Chinas „unzureichender Informationspolitik“ warnt Präsident Hu Jintao seine Behörden vor „Verschleierung“.²⁸ Das CDC erweitert die SARS-Definition. Aus 35 SARS-Fällen nach WHO-Definition werden nun plötzlich 173 Fälle.⁵²

Interessantes Detail am Rande: Am gleichen Tag berichtet die Presse, dass die USA im Irak keine ABC-Waffen findet und für den Wiederaufbau riesige Aufträge an US-Konzerne vergibt, an denen Regierungsmitglieder beteiligt sind.

19. April 2003: China räumt öffentlich Vertuschungen ein. Der chinesische Gesundheitsminister und der Bürgermeister von Peking verlieren wichtige Parteiämter. Enormer Gesichtsverlust Chinas gegenüber dem Ausland.²⁹

23. April 2003: Die WHO weitet ihre Reisewarnung auf die kanadische Stadt Toronto aus. Kanada ist außerhalb Asiens das am stärksten betroffene Land.²⁸

„Mit scharfen Worten hat sich Kanada gegen eine SARS-Reisewarnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewehrt, die nach Aussage kanadischer Regierungsvertreter politisch motiviert sei. (...) Nach der Reisewarnung sind in der Wirtschaftsmetropole Toronto Konferenzen abgesagt worden, Hotels leeren sich von Geschäftsreisenden und Touristen, und auch die Einkaufsstraßen sind leer. Die Stadt trägt 20 % zur kanadischen Wirtschaftskraft bei.“ Die kanadische Zentralbank warnt davor, dass die Ausbreitung der Krankheit das Vertrauen der Verbraucher und Geschäftsleute in die Wirtschaft des Landes erschüttern könne. Es sei aber noch zu früh, um das Ausmaß abzuschätzen, sagte der Vizegouverneur der Bank, Paul Jenkins. Unabhängige Volkswirte haben ihre Prognosen für das kanadische Wachstum unter anderem unter Hinweis auf SARS bereits gesenkt. Die Zentralbank rechnet derzeit mit

*einem Wachstum von 2,5 %. Darin sind keine Folgen von SARS eingerechnet. Seit dem Ausbruch der Krankheit haben sich in Toronto und Umgebung rund zehntausend Menschen freiwillig in Quarantäne begeben. 16 Menschen starben an der Lungenkrankheit, und rund 330 Patienten gelten als wahrscheinlich infiziert.*⁶⁰

Interessant ist, dass ausgerechnet in Kanada mit Frank Plummer der gewichtigste Kritiker der aktuellen Virenhypothese sitzt.

24. April 2003: *„Die Weltbank schätzt die Kosten für die Wirtschaft Ostasiens durch die Lungenkrankheit SARS auf mindestens 15 Mrd. \$ (13,7 Mrd. €). Dies entspreche einem Minus beim erwarteten Wachstum der Region von 0,3 Prozentpunkten in diesem Jahr, teilte Weltbank-Vizepräsident Jemal-ud-din Kassum auf einer aus Washington übertragenen Videopressekonferenz am Donnerstag mit.*⁶¹

25. April 2003: Das RKI erkennt im EpiBull Nr. 17/2003 das niederländische Affenexperiment als Erfüllung der Koch-Postulate an. Weiter heißt es über die bisher angewendeten Testverfahren:

„Zusammenfassend ist zu betonen, dass verschiedene Tests in der Entwicklung sind, aber bezüglich ihrer Spezifität und Sensitivität noch einer umfassenden Evaluierung bedürfen. Nachweisverfahren wie die PCR sind schnell und spezifisch, schließen aber bei einem negativen Ergebnis SARS nicht definitiv aus. Positive PCR- und IFT-Resultate hingegen belegen bei Einhaltung aller Qualitätsnormen eindeutig die Infektion mit dem SARS-Virus.“

Die Aussagekraft der verschiedenen Tests ist also unbestätigt – gleichzeitig gilt jedoch ein positiver Test als eindeutig für das angebliche SARS-Virus. Das ist ein Widerspruch in sich. „Anerkannte“ Tests führen zu diesem Zeitpunkt laut RKI durch: Das RKI selbst (Berlin), das BNI (Hamburg), so wie die Universitäten Frankfurt und Marburg.

26. April 2003: Nach Kritik an seinem Krisenmanagement wird der chinesische Gesundheitsminister Zhang Wenkang von Vizeministerpräsidentin Wu Yi abgelöst.²⁸

27. April 2003: Frank Plummer kann laut einer Internet-Vorabveröffentlichung des „U.S. News & World Report“ nur in 40 % der kanadischen SARS-Patienten das Coronavirus finden. Bei einer früheren Krankheitswelle seien es ebenfalls nur fünf von neun Fällen gewesen. Gleichzeitig hätten 20 % der völlig gesunden (!) Kanadier, die kürzlich in Asien waren, das Virus in sich. Plummer zeigt sich sehr irritiert von den Ergebnissen und kündigt weitere Untersuchungen an. Weiter heißt es:

„Vertreter des CDC halten Plummers Daten für wenig überzeugend gegenüber den unveröffentlichten Studien aus den Niederlanden, wonach die Injektion des Virus in Affen zu SARS-ähnlichen Symptomen führte.“⁶²

27. April 2003: Die Behörden in Peking ordnen die Schließung aller Vergnügungsstätten wie z. B. Kinos, Theater und Karaoke-Bars an.²⁸

28. April: Vietnam wird wieder aus der Liste der betroffenen Gebiete gestrichen.³³

28. April 2003: Wanderarbeiter dürfen Peking nicht mehr verlassen.³⁴

29. April: Die Reisewarnung für Kanada wird aufgehoben.³³

1. Mai 2003: Wie die *National Post* meldet, konnte Frank Plummers Institut das Coronavirus in 14 % der untersuchten Personen nachweisen, bei denen ein SARS-Verdacht von vornherein ausgeschlossen werden konnte. Während laut Plummer am Anfang noch 80 % der wahrscheinlichen SARS-Fälle testpositiv waren, ist es inzwischen jedoch kein einziger mehr:

„Es könnte sein, dass Personen fälschlicherweise als SARS-Patienten klassifiziert wurden, es könnte ein Problem mit den Proben geben oder aber das Virus ist verschwunden, sagte der Direktor des Labors.“³⁵

2. Mai 2003: Das Deutsche Ärzteblatt schreibt:

„Zehn verschiedene Laboratorien haben mittlerweile das Genom des SARS-Virus entschlüsselt. Kein Ergebnis gleicht dem anderen. Dies könnte zum einen an der hohen Mutationsrate des Virus oder aber an der Fehlerrate in den unterschiedlichen Laboratorien liegen. (...) Im April meldeten mehrere Gruppen von Wissenschaftlern die Entschlüsselung des Genoms des SARS-Virus. Die eilige Veröffentlichung der Ergebnisse provozierte teilweise Zweifel an deren Verlässlichkeit. Nun haben Experten der US-Centers for Disease Control and Prevention die Daten bestätigt.“⁶⁶

Bisher sind laut WHO 6.054 Menschen an SARS erkrankt und 417 Menschen gestorben, 2.643 Patienten sind allerdings auch wieder gesund geworden.³³

3. Mai 2003: Wie die *Stuttgarter Zeitung* meldet, ist das SARS-Virus in ehemaligen SARS-Patienten weiterhin nachweisbar. Das muss überraschen, denn eigentlich müsste ein genesener Mensch die verursachenden Erreger mittels spezifischer Antikörper komplett vernichtet haben.³⁷

5. Mai 2003: *„Die Hoffnung auf eine Ausrottung der lebensgefährlichen Lungenkrankheit SARS sinkt. In Hongkong warnten Wissenschaftler, das Virus verändere sich „wie ein Mörder“, der seine Fingerabdrücke verwische.“*⁴⁸

6. Mai 2003: Die Firma artus reagiert sehr verärgert auf die Fragen der Zeitschrift „impf-report“ nach der Eichung und Aussagekraft des zusammen mit dem BNI entwickelten Virustests. Die Veröffentlichungen des „impf-report“ werden in der Firmenantwort als „Humbug“ bezeichnet.

11. Mai 2003: Der freie US-amerikanische Journalist Jon Rappoport veröffentlicht auf der (inzwischen nicht mehr verfügbaren) Webseite sarstravel.com eine kritische Analyse der SARS-Hypothese.

13. Mai 2003: Wissenschaftler in Singapur stellen eine hohe Stabilität bzw. geringe Mutationsrate des SARS-Virus fest. Es verändere sich kaum.³⁹ Das sind eigentlich gute Voraussetzungen für die Eichung von Labortests anhand des hochaufgereinigten und in seinen biochemischen Eigenschaften eindeutig bestimmten Virus.

15. Mai 2003: Erste Publikation über das Rotterdamer Affenexperiment („endgültiger Virusbeweis“)⁵⁷

16. Mai 2003: *„Chinas Justiz droht mutwilligen oder fahrlässigen Verbreitern der Lungenseuche SARS jetzt mit Gefängnis und sogar der Todesstrafe.“*⁴⁰

16. Mai 2003: Die Hälfte der in Peking gemeldeten Neuerkrankungen hatten zuvor keinerlei Kontakt mit SARS-Verdachtsfällen.⁴¹

16.-17. Mai 2003: Die WHO hält in Genf eine globale Konferenz über die SARS-Epidemie ab.

22. Mai 2003: Im „impf-report“-Newsletter erscheint eine weitere Analyse mit dem Titel „SARS - Wie ein Mythos entsteht“.⁴² Neben sarstravel.com bleibt dies vorerst die einzige Quelle kritischer Analysen. Der Rest der Welt scheint völlig dem SARS-Fieber verfallen zu sein

26. Mai 2003: RKI und der Hersteller EUROIMMUN geben die gemeinsame Entwicklung eines SARS-Tests auf der Basis von Antikörpern bekannt.³⁴

28. Mai 2003: Wissenschaftler in China und Hongkong kündigen erste Impfstofftests an.⁴⁴

3. Juni 2003: Der Märkischen Oderzeitung fällt – vermutlich als einzige Zeitung – auf, dass die WHO immer nur von „wahrscheinlichen“ SARS-Fällen spricht, niemals aber von bewiesenen Fällen. Es gebe keine

WHO-Definition für echte SARS-Fälle, sondern „Verdachtsfälle“ und „wahrscheinliche Fälle“. Die Kategorie „wahrscheinlich“ sei die höchste von der WHO vergebene für SARS-Patienten.⁴⁵

13. Juni 2003: *„In Deutschland wurden 10 wahrscheinliche und 38 Verdachtsfälle gemeldet. Alle Fälle waren importiert, schwere Erkrankungsverläufe traten weiterhin nicht auf.“*⁴⁶

18. Juni 2003: SARS ist laut WHO jetzt „unter Kontrolle“. 8.465 Erkrankte, 801 Todesopfer.⁴⁷

22. Juni 2003: Hongkong wird von der WHO wieder aus der Liste der Länder mit SARS-Fällen gestrichen.

22. Juli 2003: Der „letztendliche Beweis“ für die Erfüllung der Koch-Postulate wird jetzt ausführlich publiziert. Der Artikel erscheint im renommierten Fachmagazin „Lancet“.⁴⁸

8. Sept. 2003: Ein Schnelltest aus Singapur soll SARS-Viren innerhalb von 15 Minuten nachweisen. Die WHO rät zur Grippeimpfung, um im Krankheitsfall SARS von Grippe unterscheiden zu können. Die Logik dahinter: Wenn ein Patient gegen Grippe geimpft ist, kann es demnach keine Grippe sein, also muss es sich um SARS handeln!

18. Sept. 2003: Der „impf-report“ wendet sich an das RKI wegen des Experiments in Rotterdam und bittet um Stellungnahme. Die Antwort: Das RKI könne *„aus Kapazitätsgründen einzelne wissenschaftliche Veröffentlichungen nicht diskutieren“*.⁴⁹ Dies war eine typische Antwort der Behörde, bevor in Deutschland am 1. Januar 2006 das Informationsfreiheitsgesetz in Kraft trat, das jedem Bürger das Recht auf Einblick in die Akten von Bundesbehörden gibt.

22. Oktober 2003: Die WHO spricht sich gegen routinemäßige SARS-Tests aus. Man müsse mit jeder Menge Fehlalarmen rechnen, wenn grundsätzlich alle Grippe-Patienten getestet würden. Gegen die Routine-Tests spreche, dass es derzeit keinen „Goldstandard“ für den Nachweis der SARS-Viren gebe.⁵⁰

12. Dezember 2003: Prof. Kurth, Präsident des RKI:

*„Durch rasch und entschlossen eingeleitete Maßnahmen des RKI und der entsprechenden Behörden der Bundesländer sowie anderer europäischer Länder konnte eine Ausbreitung in Deutschland und Europa verhindert werden. Im Rahmen einer einzigartigen internationalen Kooperation, koordiniert durch die WHO, wurde der zunächst unbekannte Erreger bald identifiziert und es wurden erste Nachweismethoden – unter anderem auch am RKI – etabliert.“*⁵¹

Wechselnde Falldefinitionen: Was ist eigentlich SARS?

Offizielle Falldefinition des Robert-Koch-Instituts

Bevor wir SARS weiter untersuchen, wollen wir uns zunächst anschauen, wie die Krankheit SARS von der zuständigen deutschen Bundesbehörde, dem RKI, offiziell definiert wurde. Deren Falldefinition wurde weitestgehend von der WHO übernommen:

Definition bis 2. Mai 2003:

Bis zum 2. Mai 2003 sah die Definition von SARS für das Robert-Koch-Institut (RKI), in Deutschland zuständig für Infektionskrankheiten, so aus:⁶¹

SARS-Verdachtsfall:

- *Erkrankungsbeginn nach dem 01.02.2003*
- *UND Fieber über 38 Grad*
- *UND Auftreten eines oder mehrerer Atemwegssymptome wie Husten, Atemnot oder Kurzatmigkeit*
- *UND Auftreten mindestens EINES der beiden nachfolgend beschriebenen Ereignisse:*
 - innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Krankheitssymptome enger Kontakt mit einem wahrscheinlich an SARS Erkrankten bzw. seinen Körperflüssigkeiten.
 - innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Krankheitssymptome Aufenthalt in einer Region, in der (...) eine Häufung von SARS-Fällen aufgetreten ist.

Wahrscheinlicher SARS-Fall

- Wenn Kriterien für SARS-Verdachtsfall erfüllt sind
- UND mindestens EINE der folgenden Bedingungen vorliegt:
 - Röntgenbefund weist auf Pneumonie hin oder Bestehen eines akuten Atemnotsyndroms (ARDS)
 - Ungeklärte Atemwegserkrankung mit Todesfolge SOWIE Autopsiebefund mit Hinweisen auf Akutes Atemnotsyndrom (ARDS) ohne feststellbare Ursache

Haben Sie es bemerkt? Wenn nicht, nochmal in Ruhe durchlesen. In der bis zum 2. Mai geltenden Falldefinition ist von einem Virusnachweis

keine Rede! Weder Fieber über 38 Grad, noch die genannten Atemwegssymptome oder Lungenentzündung sind neue Symptome. Wie kann man dann von einer neuen (!) Krankheit reden?

Die Definition eines notwendigen Kontaktes zu einem SARS-Kranken oder einem SARS-Gebiet ist zudem völlig willkürlich – es sei denn, es sei bewiesen, dass der Beginn der Infektionskette auch tatsächlich auf ein neues Virus zurückzuführen ist. Dazu müssten jedoch aus schulmedizinischer Sicht die Koch'schen Postulate erfüllt sein. Was noch zu prüfen wäre.

Bei den Viren gibt es das Problem, dass aufgrund ihrer geringen Größe die Verfahren zur Reinigung von Fremdpartikeln, die bei Bakterien angewendet werden, nicht greifen. Zudem gibt es – laut Lehrmeinung – riesige Familien von verschiedenen Viren, die unter dem Elektronenmikroskop nicht voneinander zu unterscheiden sind. Die Hochaufreinigung ist deshalb um einiges komplexer als bei Bakterien, weshalb man durch ein unsauberes Arbeiten im Labor sehr schnell zu falschen Ergebnissen und Schlussfolgerungen kommen kann.

Zu einer Beweisführung gegen ein angeblich pathogenes Virus gehört aus diesem Grund eine saubere Dokumentation des Experiments, vor allem aber die Hochaufreinigung des spezifischen Virus und die darauffolgende Analyse seiner genetischen Zusammensetzung (Grundlage für den PCR-Test) und der Hüllenproteine (Grundlage für den AK-Test).

Die Erfüllung der Koch'schen Postulate wurde erstmals von den Forschern der Universität Rotterdam Ende April in Anspruch genommen. Zu diesem Zeitpunkt lief die weltweite SARS-Hysterie jedoch schon auf vollen Touren: Der Schuldspruch gegen das vermutete Virus war schon längst gefällt, ohne dass auch nur der geringste wissenschaftliche Beweis vorgelegen hätte, dass die Atemwegssymptome der angeblichen SARS-Patienten etwas mit einem unbekanntem neuen Virus zu tun haben. Für eine SARS-Diagnose (und nachfolgender Zwangs-Quarantäne mit antiviraler Medikation) hätte es also unter Umständen schon ausgereicht, wenn man zufällig einer Person aus einem SARS-Gebiet die Hand geschüttelt und in den folgenden Tagen Husten mit hohem Fieber bekommen hatte. Bis zum 2. Mai 2003 gab es in der offiziellen WHO-Statistik jedoch 5.000 SARS-Kranke und 181 Tote – angeblich von einem Virus verursacht, der bis dahin für die Diagnose gar nicht nachgewiesen werden musste.

Gehen wir diese Liste im Einzelnen durch: Lungenentzündungen gab es auch schon vor dem 1. Februar und Fieber über 38 Grad ist kein neues Symptom, genauso wenig wie Atemwegssymptome leichter oder schwerer Art. Auch in Hongkong, Südchina, Singapur, Vietnam und

Deutschland, also einigen der Länder, in denen bisher SARS-Fälle auftraten, sind schwere Pneumonien schon immer vorgekommen.

Die Frage ist also, warum die SARS-Diagnose ausgerechnet mit Krankheitsfällen in China in Verbindung stehen muss, warum nicht mit Fällen aus Moskau, Madrid, Kapstadt, Buxtehude, Bielefeld oder Schwäbisch Hall? Schließlich erkranken überall Menschen (bei angeblich weltweit bis zu 500.000 Grippetoten jährlich⁶² mit den genannten Symptomen). Allein in Deutschland sollen es im Durchschnitt jährlich 10.000 Todesfälle aufgrund von Influenza sein – also zehn mal mehr Opfer als die gesamte weltweite SARS-Epidemie angeblich forderte.

RKI-Definition eines SARS-Falles ab dem 2. Mai:

Am 2. Mai 2003 wurde die Falldefinition des RKI geändert und auf www.rki.de war folgende Definition zu finden:

Ein SARS-Verdachtsfall ist gegeben, wenn

1)

- Erkrankungsbeginn nach dem 1. November 2002
- UND Fieber über 38° C
- UND eines oder mehrere der folgenden respiratorischen Symptome wie zum Beispiel Husten, Atemnot oder Kurzatmigkeit
- UND mindestens eine der folgenden Expositionen vorliegt:
 - *Enger Kontakt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome mit einem Verdachts- oder wahrscheinlichen Fall für SARS*
 - *Aufenthalt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome in einer Region, aus der gemäß der Liste der von SARS betroffenen Regionen berichtet wurden*

2)

- Erkrankungsbeginn nach dem 1. November 2002
- UND verstorben an einer akuten Atemwegserkrankung unklarer Ursache, ohne dass eine Autopsie durchgeführt worden war
- UND eine der folgenden Expositionen vorliegt:
 - Enger Kontakt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome mit einem Verdachts- oder wahrscheinlichen Fall für SARS.
 - Aufenthalt innerhalb von 10 Tagen vor Beginn der Symptome in einer Region, aus der gemäß der Liste der von SARS betroffenen Regionen berichtet wurde

Ein wahrscheinlicher Fall von SARS ist gegeben, wenn:

- Kriterien für einen SARS-Verdachtsfall erfüllt sind
- UND mindestens EINE der folgenden Bedingungen vorliegt:
 - Röntgenbefund weist auf Pneumonie hin oder auf Bestehen eines akuten Atemnotsyndroms (ARDS)
 - Ungeklärte Atemwegserkrankung mit Todesfolge SOWIE Autopsiebefund mit Hinweisen auf Akutes Atemnotsyndrom (ARDS) ohne feststellbare Ursache
 - Positiver Coronavirus-Nachweis

Ausschlusskriterium

Vorliegen einer labordiagnostisch gesicherten anderen Diagnose, die das Krankheitsbild vollständig erklären kann.

Was ist neu an dieser Definition? Zunächst wurde der Termin für den möglichen Erkrankungsbeginn vorverlegt. Das hat damit zu tun, dass man den Beginn der angeblichen Seuche nachträglich in die chinesische Provinz Guangdong verlegte. Jetzt findet man in der neuen Definition endlich auch die mit SARS in Verbindung gebrachte Pneumonie. Soweit, so gut. Interessant ist jedoch, dass man praktisch alle Atemwegserkrankte mit hohem Fieber, die Kontakt zu angeblichen SARS-Kranken hatten und bei denen die Schulmediziner keine Ursache finden konnten, dem neuen, unbekanntem SARS-Virus in die Schuhe schiebt. Das liest sich wie ein Freibrief. Der lautet etwa folgendermaßen:

„Wenn wir mittels der üblichen Labortests nicht die Viren finden, die wir erwarten, dann ist es automatisch das neue schreckliche SARS-Virus.“

Zudem vertraut das RKI hinreichend den im Mai verfügbaren experimentellen Virustestsystemen, um aufgrund von Positiv-Tests einen Menschen mit etwas Husten und Fieber zu einem potentiell Todkranken zu erklären, unter großem Aufwand an Personal und Ausrüstung in eine Isolierstation zu verfrachten, in der er dann von Ärzten in „Raumanzügen“ mit experimentellen antiviralen Therapien (zu diesem Thema kommen wir noch) traktiert wird. Gleichzeitig ist jedoch eine SARS-Diagnose immer noch auch ohne jeden Virusnachweis möglich.

Worauf sich alle verlassen: Die Labortests

Wollen wir eine bestimmte Viruskrankheit diagnostizieren, benötigen wir ein zuverlässiges Nachweisverfahren für den spezifischen Erreger. Dies gilt insbesondere, wenn eine ganze Reihe von potentiellen Pathogenen – einschließlich Umwelt- und sonstige Gifte – in Frage kommt. Das Verfahren muss nach einem allgemein anerkannten und jederzeit nachvollziehbaren Standard geeicht sein.

Vertrauen wir blind in ein Testverfahren, das uns zufällige, willkürliche oder falsche Ergebnisse liefert, können die Folgen sogar noch schlimmer sein als wenn wir gar kein Testsystem hätten – je nachdem, welche Konsequenzen wir aus dem Testergebnis ableiten.

Doch selbst wenn das Testverfahren zuverlässig nur exakt das anzeigt, was wir von ihm erwarten, kann eine falsche Interpretation des Ergebnisses fatale Folgen haben, nämlich dann, wenn z. B. ein Labortest zwar zuverlässig die Anwesenheit eines spezifischen Virus anzeigt, dieses Virus jedoch in Wahrheit gar nicht die Ursache der Krankheit ist, sondern nur ein Begleitumstand. In diesem Fall *könnte* eine antivirale Therapie, die gegen dieses Virus gerichtet ist, logischerweise gar nicht helfen. Ein so behandelter Patient würde nicht *wegen*, sondern *trotz* der Behandlung gesunden.

Doch bevor wir der Frage der korrekten Interpretation eines konkreten Testergebnisses nachgehen können, müssen wir natürlich klären, ob die Testergebnisse korrekt sind, also zuverlässig auf ein ganz spezifisches Virus reagieren. Im Grunde hat uns die WHO in ihrer Stellungnahme vom 22. Oktober 2002 diese Antwort bereits gegeben: Sämtliche bis zu diesem Datum verwendeten Labortests waren demnach unzuverlässig.⁵⁰ Ihre Ergebnisse sind rückwirkend als unbrauchbar zu erklären und entsprechende SARS-Diagnosen zu korrigieren. Wie die SARS-Historie zeigt, bleiben die Ergebnisse von experimentellen Labortests erstaunlicherweise trotzdem ein Teil der Beweiskette, mit deren Hilfe das relativ häufig vorkommende Symptom von Atemwegsbeschwerden in Verbindung mit Fieber zu einer nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für alle Kontaktpersonen tödlichen Bedrohung wird.

Der Labortest von artus GmbH / BNI

Dr. Kary Mullis, der Erfinder der PCR-Methode, hatte in den 80er Jahren für nicht wenig Irritationen in Forscherkreisen gesorgt, als er seiner eigenen Erfindung die Fähigkeit absprach, das AIDS-Virus zuverlässig nachweisen zu können. Seine Begründung war die fehlende Beweisführung

für die Existenz eines pathogenen HIV.⁵⁹ Natürlich gebietet die Logik, in einem weiteren Schritt sicherzustellen, dass die genetische Sequenz, die eine typische Eigenschaft dieses Virus ist, nur *bei ihm allein* vorkommt und nicht etwa auch in anderen Viren oder sogar den menschlichen Zellen. Dies ist bis heute selbst bei HIV nicht der Fall: In den Fachinformationen aller in Deutschland zugelassenen Grippeimpfstoffe findet sich der Hinweis, dass eine Grippeimpfung aus einem negativen HIV-Test einen positiven HIV-Test machen kann.⁶⁰

Die Firma artus GmbH und das BNI hatten am 11. April 2003 die Entwicklung eines auf der PCR basierenden Virentests bekanntgegeben. Ich stellte der Firma artus am 15. April 2003 folgende Fragen:

1. *Wo wurde die Isolierung des SARS-Virus vorgenommen? Im Bernhard-Nocht-Institut oder in Ihrer Firma?*
2. *Wo wurde die Isolierung des Virus publiziert?*
3. *In welchem Dichtegradienten wurde das isolierte Virus fotografiert?*
4. *Bei wie vielen und welchen Personen haben Sie den neuen Test geprüft?*
5. *Wurde der Test auch bei Grippe- und Pneumoniekranke ohne SARS-Diagnose geprüft?*
6. *Wurde der Test auch bei gesunden Personen geprüft?*
7. *Auf welche Weise haben Sie gegengeprüft, dass diese Gensequenzen tatsächlich von diesem spezifischen Virus und nicht von anderen Partikeln stammen?*

Natürlich hätte man – bevorzugt aus heutiger Sicht – über den Sinn der einen oder anderen Frage diskutieren können. Doch die Frage nach der Eichung muss natürlich grundsätzlich berechtigt erscheinen, so wie bei jedem anderen Messgerät auch. Die Antwort von artus war in ihrer Emotionalität dann doch etwas überraschend:

„Als Virologen legen wir keinen Wert auf die Zitierung in ihrem „impf-report“. Wie man mit gutem Gewissen einen solchen Humbug verbreiten kann, wird mir immer unerklärlich bleiben. Sie können die Entdeckung des Virus und die Entwicklung des Schnelltestes in der aktuellen Online-Ausgabe des New England Journal of Medicine nachlesen.“

Der „impf-report“ verbreitet also „Humbug“, und Virologen – insbesondere natürlich jene von der Firma artus – sind über alle Zweifel erhaben?

Es ist offensichtlich, dass es die Zunft der Virologen nicht gewöhnt ist, Nichtvirologen Rede und Antwort zu stehen. Bleibt nur noch zu erwähnen, dass die besagte Online-Ausgabe des NEJM weder etwas über eine Hochaufreinigung des Virus noch über die Eichung des PCR-Tests aussagt.

Der Labortest von Euroimmun / RKI

Über den vom RKI in Zusammenarbeit mit der Firma Euroimmun entwickelten Test gab es im Internet etwas mehr Informationen als über den Test von artus und dem BNI. Der RKI-Test ist im Gegensatz zum BNI-Test ein sogenannter Antikörpertest. Dieser weist also nicht spezifische Gensequenzen des vermeintlichen Virus nach, sondern spezifische Antikörper, die als Reaktion auf die Invasion dieses speziellen Virus vom Organismus gebildet werden. Wichtig: Diese Antikörper sind nicht etwa für das ganze Virus spezifisch, sondern nur für bestimmte Oberflächenmoleküle des Virus.

Das RKI wollte sich, wie bereits geschildert, auf eine Diskussion über die Beweislage bezüglich der Existenz eines pathogenen Virus und der damit einhergehenden Eichfrage gar nicht erst einlassen. Die Firma Euroimmun jedoch hatte auf ihrer Webseite den Test vorgestellt und auch – im Gegensatz zu artus – mehrere Gegenproben gemacht, um die Zuverlässigkeit des Tests zu bestimmen. In der RKI-Pressemitteilung vom 26. Mai 2003 wird Prof. Kurth, der damalige Leiter des RKI, folgendermaßen zitiert:

„Das neu verfügbare Testverfahren soll abklären, ob tatsächlich eine Infektion mit dem SARS-Virus vorliegt, oder ob lediglich eine vergleichbare Symptomatik zur klinischen Diagnose SARS geführt hat, obwohl eine andere Infektion zugrunde lag.“

Der in Zusammenarbeit mit der Firma Euroimmun entwickelte Test soll demnach nicht irgendeine Grippe-Infektion, sondern die Infektion mit dem spezifischen SARS-Virus nachweisen. Er dürfte deshalb auf keinen Fall anschlagen, wenn es sich um eine „normale“ Virusgrippe mit hohem Fieber und Husten oder Lungenentzündung handelt. Da stellt sich natürlich die Frage, inwieweit dies durch entsprechende Versuchsreihen geprüft und bestätigt wurde. Dazu heißt es sinngemäß auf der Webseite von Euroimmun:

„Bei neun Proben von neun wahrscheinlichen SARS-Patienten aus Hongkong, Deutschland und Großbritannien schlug der Eu-

roimmun-Antikörpertest insgesamt neun mal an. Das wird als 100%ige Genauigkeit gewertet. Der Test schlug bei keinem von 33 Personen an, die nur Kontakt mit SARS-Patienten hatten, also selbst nicht erkrankt waren. Ebenfalls bei keiner Probe unter 200 Blutspenden. Auch dies wird als 100%ige Trefferquote gewertet. Bei 145 weiteren wahrscheinlichen SARS-Patienten lag die Trefferquote bei 98 % (IgG) und 79 % (IgM). Bei weiteren 285 Kontaktpersonen schlug der Antikörpertest in keinem Falle an. Ebenso bei keinem von 45 AIDS- und Hepatitis-Patienten.“

Insgesamt kommt man bei Euroimmun zu dem Schluss, dass der Test 100 % spezifisch für den SARS-Virus sei. Davon ausgehend, dass die Testergebnisse echt sind, ist tatsächlich erstaunlich, wie zuverlässig der Test bei „wahrscheinlichen“ SARS-Fällen reagiert und bei dem Rest nicht. Ist damit jedoch die Frage beantwortet, ob der Test spezifisch nur auf das SARS-Virus reagiert und auf kein anderes Virus, das hohes Fieber, Husten und Lungenentzündung verursachen kann?

Die alles entscheidende Gegenprobe mit normalen Grippepatienten für den eindeutigen Beweis, dass der Test wirklich ausschließlich auf das angebliche SARS-Virus reagiert, wurde somit nicht gemacht: Nach einer Testreihe mit Patienten *ohne* SARS-Verdacht, die Atemwegssymptome und hohes Fieber aufweisen, sucht man vergebens! Die Schlussfolgerung muss deshalb sein: Der neue Antikörpertest reagiert scheinbar sehr zuverlässig auf hohes Fieber und Atemwegssymptome. Er reagiert noch zuverlässiger *nicht* auf Erkrankungen anderer Art.

Der Test lässt allerdings *keine* Aussage über die Anwesenheit von spezifischen SARS-Antikörpern zu. Es ist möglich und sogar wahrscheinlich, dass der Test bei *jeder* heftigen Virusgrippe mit hohem Fieber und Atemwegssymptomen reagiert. Er ist demnach als spezifischer SARS-Test völlig ungeeignet. Vielmehr würde sogar die Mehrzahl der schwer an Grippe Erkrankten automatisch zu SARS-Patienten werden, sobald jemand auf die Idee käme, diesen Test bei ihnen anzuwenden!

Es ist mir unverständlich, wie das RKI als höchste Bundesbehörde für Infektionskrankheiten sich für einen derart fragwürdigen Test öffentlich so weit aus dem Fenster lehnen konnte. Ich hatte damals noch telefonisch bei Euroimmun nachgehakt und nach den fehlenden Gegenproben mit Grippeerkrankten gefragt. Eine freundliche Dame sagte mir, man habe dies auch getan, allerdings habe man auf Proben aus Blutspenden mit Influenza-Diagnose zurückgegriffen. Diese seien alle negativ verlaufen. Das muss nicht überraschen, denn auch Frank Plummer hatte

ja festgestellt, dass Überprüfungen von aufbewahrten Patientenproben regelmäßig negativ verliefen, während frisch entnommene Proben zu 14 % ein positives Ergebnis erbrachten. Daraus ergibt sich für jeden logisch denkenden Menschen der Verdacht, dass aufbewahrte Proben andere Testergebnisse erbringen können als frisch entnommene Proben.

In Kanada verwendete Virentests

Bevor wir das Thema „Zuverlässigkeit der Virentests“ hinter uns lassen, müssen wir noch einer Spur nachgehen, auf die uns Frank Plummer in einem seiner Interviews hingewiesen hat. Er sprach dort von „PCR-Mikroarrays“, die er von einem gewissen Joseph DeRisi an der Universität San Francisco erhalten habe, und die er für seine PCR-Tests verwendete. Woher, ist nun unsere Frage, hatte Joseph DeRisi das Wissen über die spezifischen genetischen Eigenschaften des angeblichen SARS-Virus erlangt, um damit einen PCR-Test zu füttern?

Ein Blick in die Medizindatenbank PubMed (www.pubmed.gov) macht uns auf eine Publikation von DeRisi (als Mitautor) vom 17. Nov. 2003 aufmerksam,⁶³ in der wiederum auf die CDC-Publikation auf www.nejm.org vom 10. April verwiesen wird.⁶⁴ Das CDC hatte Proben aus Vietnam, Hongkong und anderen SARS-Gebieten gesammelt und mit verschiedenen Methoden versucht, den Krankheitserreger zu bestimmen. Zunächst beimpfte man unterschiedliche Typen von Dauerzell-Kulturen mit Proben von SARS-Patienten (Blutserum, Abstrich aus Nasen-Rachen-Raum, bei Autopsien gewonnenes organisches Gewebe).

Darüber hinaus wurden diese Proben neugeborenen Labormäusen in den Schädel und die Bauchhöhle injiziert. Kulturen und Mäuse, die vorzeitig Schädigungen bzw. Erkrankungen aufwiesen oder verstorben waren, wurden als Träger des gesuchten Virus deklariert. Überstände der Kulturen und Suspensionen aus Mäusegehirnen wurden dann weiter untersucht oder in Subkulturen verimpft. Hinweise darauf, dass man das gesuchte Virus hochaufgereinigt und damit von allen Verunreinigungen befreit hat, finden sich in dieser Publikation indes nicht.

Ist es nicht anmaßend, als Laie beurteilen zu wollen, ob Virologen ergebnisoffen gearbeitet haben oder nicht? Vielleicht, aber mein gesunder Menschenverstand schüttelt sich bei der Vorstellung, einen Test anhand einer „Suppe“ aus den unterschiedlichsten Viren und Zelltrümmern und Chemikalienresten eichen zu wollen, um ein ganz spezifisches Virus, das ich in der Suppe vermute, nachzuweisen. Die Forderungen der „AIDS-Dissidenten“, einer weltweit organisierten Gruppe von Wissenschaftlern,

nach einer hochaufgereinigten Isolierung des vermeintlichen Erregers, macht meiner Ansicht nach durchaus Sinn:

Angenommen, ich kann mit den entsprechenden Methoden bestimmte Gensequenzen (für die PCR) oder Proteine (für den AK-Test) aus dieser Suppe herausfischen, so ist es doch noch ein gewaltiger Schritt hin zu dem Nachweis, dass das Gefundene auch das ist, was ich suche. Und selbst, wenn ich die Tests schließlich dazu bringen kann, bei den als SARS-Fälle deklarierten Patienten zuverlässig anzuschlagen, so weiß ich darüber hinaus auch nicht, ob die Partikel, auf die der Test reagiert, auch die Ursache sind, oder nur eine Begleiterscheinung.

Diese Fragestellungen finden wir weder in dieser noch in anderen Publikationen zu dem Thema – außer bei den sogenannten „AIDS-Dissidenten“, zu denen auch Kary Mullis, der Erfinder der PCR, gezählt wird. Es ist schon merkwürdig, wenn wichtige Logikschritte, die zu einer bestimmten Schlussfolgerung führen, in einem derartigen Neuland, wie es die SARS-Forschung im Frühjahr 2003 darstellte, ohne jede Diskussion einfach vorausgesetzt wurden. Dieses Verhalten zieht sich durch sämtliche SARS-Publikationen. Kein einziges Mal wird die Ursprungshypothese vom neuen pathogenen Virus in Frage gestellt.

Toxikologen werden zu keinem Zeitpunkt in die Forschungen mit einbezogen – auch Frank Plummer, der „kanadische SARS-Rebell“, schafft es nicht wirklich, sich aus dem Tunnelblick der Mikrobejäger zu lösen. Die Virologen sind also von Anfang an unter sich – und sie bleiben unter sich. Sie müssen – und das wäre ein Erklärungsversuch für dieses Verhalten – befürchten, Karriereaussichten, Aufträge, Zuschüsse und letztlich Arbeitsplätze zu verlieren, wenn sie das Thema an andere Fachbereiche abgeben.

Fallzahlen im Vergleich

Bei aller Tragik für die Betroffenen und ihre Familien ist das Gefahrenpotential, das SARS darstellt, geradezu lächerlich: Innerhalb von etwa einem halben Jahr sind offiziell weltweit weniger als 1.000 Menschen an SARS gestorben. Allein in China sterben nach offiziellen Angaben *täglich* 5.174 Menschen an Atemwegserkrankungen – also mehr als fünf Mal so viele. In den USA sollen es jährlich mindestens 36.000 Opfer allein von Influenza sein,⁶⁵ in Deutschland sind es laut RKI durchschnittlich etwa 10.000.

Warum also machen die Gesundheitsbehörden so viel Wind um einen relativ kleinen Teil der Atemwegserkrankungen, bei dem man darüber

hinaus das angeblich auslösende Virus offensichtlich nur vermutet, aber niemals nachgewiesen hat? Warum erweitert das CDC sogar am 18. April 2003 zusätzlich und einseitig die Falldefinition auch auf Personen, die niemals eine Lungenentzündung entwickelt hatten? Sollte man als verantwortungsbewusste Behörde angesichts der unsicheren Daten nicht vielmehr jede Verunsicherung und Panik in der Bevölkerung vermeiden?

Widersprüchliche Angaben über die Verbreitungsrate

Im Laufe der SARS-Hysterie werden die Gesundheitsbehörden nicht müde zu betonen, wie hochansteckend das Virus sei und wie schnell es sich ausbreiten könne. Doch die Berichte über die Verbreitungsgeschwindigkeit könnten unterschiedlicher nicht sein: Am 27. März 2003 äußerte sich Prof. Herbert Schmitz, Chef des BNI, noch recht entspannt:⁶⁵

„Die bislang bekannten Formen dieser Viren gelten lediglich als Auslöser von leichteren Erkältungskrankheiten.“ Sie seien sehr ansteckend, „aber ich sehe keinen Grund zur Panik“, so Schmitz.

Nur zehn Tage später ist zumindest bei seinem eigenen Mitarbeiter Christian Drosten von Gelassenheit keine Spur mehr:

„Das Problem bei SARS ist die enorme Übertragbarkeit, wenn da ein Patient ganze Stationen lahm legt. So eine Übertragung hat nicht einmal Ebola. (...) Und jetzt geht es immer absurdere Wege, verbreitet sich in Hongkong zum Beispiel vertikal durch einen Wohnkomplex. Über die Stockwerke hinweg. Als wollte es denen, die ihm auf der Spur sind, mit jedem Tag neue Rätsel aufgeben.“⁶⁷

Zwei Tage später heißt es dagegen in der Siegener Zeitung, dass nur „erkennbar Erkrankte“ das Virus weitergeben könnten:⁶⁸

„Nach heutigem Kenntnisstand wird die Krankheit SARS nur bei engem Kontakt und nur von erkennbar Erkrankten weiterverbreitet. Menschen ohne Beschwerden oder Symptome stellen somit keine Infektionsgefahr dar. Bei gesunden Rückkehrern bestehe also kein Grund zu irgendwelchen Vorsichtsmaßnahmen.“

Das hört sich ganz anders an als eine „Verbreitung vertikal durch einen Wohnkomplex“. Es sieht teilweise sogar so aus, dass sich die Ansteckbarkeit ständig abschwächt:

„Die Ansteckungsgefahr der Lungenkrankheit SARS könnte nach einer Vermutung der WHO von Opfer zu Opfer nachlassen: «Es gibt Hinweise darauf, dass sich das Virus mit jeder Übertragung von Mensch zu Mensch in seiner Wirkung abschwächt», sagte der Frankfurter Virologe Wolfgang Preiser in einem Interview mit der «Frankfurter Rundschau».“⁶⁹

Das Deutsche Ärzteblatt berichtet wiederum am 9. Mai genau das Gegenteil;

„Anders ist die Situation bei SARS, wo die Erkrankungszahlen nach mehreren Passagen nicht zurückgehen.“

Eins jedoch steht fest: Die Forscher stehen vor einem Rätsel:

„Die WHO suche vor allem nach einer Erklärung für die merkwürdige Verbreitungsart der Viren, sagte David Bell, WHO-Forscher in Manila, dem «New Scientist». In einigen Städten sei die Ansteckungsgefahr groß, während die Verbreitung in anderen Regionen leicht kontrollierbar sei. In Guangdong ließe sich untersuchen, ob es «super-infektiöse» Menschen gibt, die das Virus besonders gut verbreiten.“⁷⁰

Die Widersprüche könnten nicht größer sein. Dennoch sind sie bis heute kein Anlass für die Zunft der Virologen, die Virushypothese neu zu überdenken.

„Mutationen“ nur in der Zellkultur?

Die Schwierigkeit, einen zuverlässigen Virustest zu erstellen, führen die Virologen gerne auf eine angeblich hohe Mutationsrate zurück. Obwohl man das Virus nicht in Reinform vorliegen hat und deshalb nicht eindeutig in seiner Zusammensetzung bestimmen kann, ist man sich sicher, dass es ständig mutiert, das heißt, seine genetische Zusammensetzung und den Aufbau der Hülle ändert. „SARS-Virus mutiert schnell“ meldete dann auch das Hamburger Abendblatt vom 24. April 2003. Doch das Ärzteblatt vom 9. Mai 2003 widerspricht dem unter Berufung auf Forschungen aus Singapur:

„Das Genom des SARS-Erregers verändert sich nicht so stark wie erwartet. In den ersten sieben Wochen der Epidemie hat es nur wenige Mutationen gegeben. Dies zeigt der Vergleich verschiedener in Ostasien und Nordamerika sequenzierter Viren im Lancet. (...) Sie dokumentieren eine nach Einschätzung der Editorialisten Earl Brown und Jason Tetro, Universität Ottawa, bemerkenswerte Sta-

bilität des Genoms. Es gebe nur "eine Handvoll" von Mutationen, die durchaus bei der Virusvermehrung in den Kulturen entstanden sein könnten."

Tabu-Thema Medikamenten-Nebenwirkungen

Sucht man auf der Webseite des RKI unter dem Stichwort „SARS“ nach Informationen, so findet man eine ganze Reihe von Dokumenten, z. B. über den Verlauf der Epidemie, über Virentests, über Isolationsmaßnahmen, über Falldefinitionen. Eines jedoch sucht man mehr oder weniger vergebens: Behandlungsvorschläge. Von wirklich wirksamen Medikamenten wurde bislang (Stand: Ende 2007) nichts berichtet. Die vorhandenen Mittel gegen Viren haben offenbar auch nichts gebracht.⁷¹

„Eine etablierte Therapie gibt es nicht, die Behandlung muss in spezialisierten infektiologischen Zentren mit entsprechender Isolierung des Erkrankten erfolgen. Neben einer symptomatischen Therapie (zum Beispiel Sauerstoff) werden Virustatika (Oseltamivir, Ribavirin) und hochdosiertes Kortison gegeben. Für die Wirksamkeit dieser Therapie gibt es aber keine Evidenz.“⁷²

Ist das geheimnisvolle SARS-Virus so tückisch, dass es sich allen Behandlungsversuchen widersetzt? Denn obwohl geeignete Medikamente fehlen, werden die Patienten mit antibakteriellen und antiviralen Medikamenten und mit Kortison und sogar experimentellen Pharmazeutika regelrecht abgefüllt:

„Sie hatten alles ausprobiert, Antibiotika, neue Medikamente gegen Influenza, ein Virostatikum, mit dem Hongkonger Ärzte angeblich Erfolge erzielt hatten. Geholfen hat nichts. Carlo Urbani war in einem fremden Land, umgeben von sechs vermummten Gestalten mit Masken, Brillen, Anzügen, Schuhüberziehern, doppelten Handschuhen. Menschen, die ihn nicht berühren durften. Um 11:45 Uhr gaben die Ärzte nach dem vierten Herzinfarkt mit den Wiederbelebungsversuchen auf.“⁷³

Wie viele der knapp 1.000 SARS-Opfer in Wahrheit auf Kosten der Nebenwirkungen dieser „Behandlung“ gingen, werden wir wahrscheinlich nie erfahren. Denn eine Beobachtung, die ich seit Jahren mache: In der Schulmedizin werden bei der Krankheitsanamnese die Nebenwirkungen von Pharmazeutika in der Regel ausgeklammert. Will man sich nicht mit den möglichen negativen Folgen ärztlichen Tuns konfrontieren?

Das Rotterdamer Experiment: „Endgültiger Beweis“?

Unbedingte Voraussetzung für eine zutreffende Diagnose bei Infektionskrankheiten ist – auch aus Sicht der Schulmedizin – die Erfüllung der bereits erwähnten „Koch’schen Postulate“. Ohne einen optischen, kulturellen und Pathogenitäts-Nachweis des hochaufgereinigt isolierten Erregers ist auch eine Eichung von Labortests nicht denkbar. Und ohne Eichung sind Virentests nicht nur sinnlos, sondern können Gesunde zu Kranken stempeln und umgekehrt. Laut Stellungnahmen der WHO standen zuverlässige Labortests jedoch bis zum offiziellen Ende der angeblichen Seuche nicht zur Verfügung. Und das, obwohl Ende April 2003 angeblich die Koch-Postulate von niederländischen Wissenschaftlern erfüllt worden waren. Am 22. Juli publizierte das renommierte Fachmagazin *Lancet* einen Artikel mit dem „endgültigen Beweis“, dass ein bislang unbekanntes spezifisches Coronavirus der Verursacher der neuen Krankheit SARS sei.⁷⁴ Eine Forschergruppe an der Rotterdamer Erasmus-Universität kommt darin zu dem Ergebnis, dass die Koch’schen Postulate durch ihre Experimente mit Affen erfüllt wurden und damit die Rolle eines spezifischen Virus als Krankheitsverursacher bewiesen sei.

Problematik der Falschpositiv-Diagnosen

In 329 (75 %) von 436 Patienten, die die Falldefinition von SARS erfüllten, so heißt es in der Publikation, wurde die Anwesenheit eines Coronavirus festgestellt. Sollte die Hypothese zutreffen, dass dieses Virus Verursacher der SARS-Symptome ist, dann wäre immerhin ein Viertel der untersuchten Patientengruppe falsch diagnostiziert und völlig umsonst der damit verbundenen Todesangst, den traumatisierenden Quarantänemaßnahmen und den zum Teil stark gesundheitsschädlichen Behandlungen mit antiviralen und antibakteriellen Medikamenten ausgesetzt worden. Das erste Problem der Medizin mit SARS ist also ethischer Art.

Fehlender „Goldstandard“ für Virentests

Die bei den Patienten-Proben verwendeten Virentests sind in ihrer Aussagekraft mehr als fragwürdig: Wie die Weltgesundheitsbehörde WHO in einer Pressemeldung am 22. Oktober 2003 mitteilte, gibt es für den Nachweis des angeblichen SARS-Virus immer noch keinen sog. „Goldstandard“.⁷⁵ Dies bedeutet, dass Virentests zwar bei typischen SARS-Symptomen mehr oder weniger zuverlässig positiv anschlagen mögen, dass dies aber keineswegs als Beweis für die Anwesenheit eines spe-

zifischen Virus gedeutet werden kann, denn ein fehlender Goldstandard bedeutet, dass die Tests bisher nicht auf ein spezifisches Virus geeicht werden konnten.

Fehlende Abgrenzung zur Virusgrippe

Die Proben wurden auch auf andere Viren untersucht. So wurde in 12 % der Proben das Humane Metapneumovirus und „in Einzelfällen“ weitere Viren gefunden. Obwohl die eindeutige Abgrenzung zur „normalen Virusgrippe“ eine grundlegende Voraussetzung für eine SARS-Diagnose sein müsste, konnte ich keinen Hinweis finden, dass man sämtliche Patientenproben systematisch auch auf die diversen Influenzaviren getestet hatte. Eine solche Gegenprobe auf Influenza-Viren gebietet allein schon der gesunde Menschenverstand. Die Behauptung der Beteiligung eines neuen Virus bei gleichen Symptomen macht nur dann Sinn, wenn man nachweislich keinen der bereits bekannten Erreger finden konnte. Dass diese Untersuchungen unterblieben sind bzw. nicht thematisiert wurden, könnte ein erster Hinweis auf den Versuch sein, bereits im Vorfeld auf das Ergebnis der niederländischen Experimente Einfluss zu nehmen.

Ungeklärte Infektionswege

Selbst wenn die Virennachweistests zuverlässig auf spezifische Viren reagieren würden, wäre die Interpretation dieser Ergebnisse zu diskutieren. Das Dogma der offiziellen Medizin sieht zwar einen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen Mikroben und der Krankheit, jedoch ist die Frage „*woher kommt das Virus und wie kommt es in den Menschen hinein?*“ auch bei SARS immer noch Grund für Spekulationen und Vermutungen.⁷⁶ Den Forschern aus Rotterdam stellen sich solche Fragen offensichtlich nicht, und die Existenz eines SARS-Virus sehen sie als gegeben an.

Experimente mit Affen

Die Forscher nahmen eine in einem komplexen Verfahren weitergezüchtete Zellkultur, die ursprünglich von einem an SARS verstorbenen Patienten stammte, und verabreichten sie vier Makakkenaffen in den Rachen, die Nase und unter die Augenlider. Die Tiere wurden täglich auf klinische Symptome hin untersucht. Kurz vor der Infektion und jeweils am zweiten, vierten und sechsten nachfolgenden Tag wurden die Affen mit KETAMIN betäubt und 10 ml Blut aus den Leistenvenen sowie Abstriche von Nase, Mund, Rachen und After entnommen.

Drei der Makakkenaffen (Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 4) wurden ab dem zweiten bzw. dritten Tag nach der Infektion lethargisch. Die Makakken Nr. 1 und Nr. 2 entwickelten einen vorübergehenden Hautausschlag am 4. Tag. Der Affe Nr. 2 hatte Atembeschwerden, die sich in einer erhöhten Atemfrequenz und Atemnot äußerten, ebenfalls ab dem 4. Tag. Die Makakken Nr. 2 bis 4 hatten mehrere nicht fortschreitende Herde in beiden Lungenflügeln. Das konsolidierte Lungengewebe war grau-rot, fest, gleichmäßig und zeigte eine verminderte Schwimmfähigkeit. Die Lymphknoten im Bereich der Luftröhre und der Milz dieser Versuchstiere waren etwa zweimal so groß wie normal. Die anderen Organe in diesen drei Affen, sowie der Atmungstrakt und andere Organe von Affe Nr. 1 zeigten sich bei der mikroskopischen Untersuchung normal.

Wie schon mehrmals erwähnt, ist die Zuordnung der aufgetretenen Symptome nur möglich, wenn das Virus in hochaufgereinigt isolierter Form vorliegt und seine Zusammensetzung eindeutig bestimmt wurde. Dazu liegt jedoch keine wissenschaftliche Publikation vor – auch die Rotterdamer Forscher nehmen dies nicht in Anspruch.

Die Affen wurden insgesamt vier Mal mit KETAMIN betäubt. Mögliche Nebenwirkungen dieses Medikaments beim Menschen: Blutdruck- und Herzfrequenzsteigerung, Erhöhung des Gefäßwiderstands im Lungenkreislauf, Lungenödem, Steigerung der Sinnesempfindlichkeit und des Hirndrucks, erhöhte Muskelspannung, Austrocknung, Hautrötung, Albträume, Schockzustände. Beim oder nach dem Aufwachen: Halluzinationen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, motorische Unruhe. Atemstillstand bei zu hoher Dosierung oder zu schneller Verabreichung.⁷⁷

Diese beim Menschen bekannten Nebenwirkungen können sich beim Affen schwächer, stärker oder verändert äußern und Ursache oder Mitursache der beobachteten Symptome sein: Lethargie bei drei Affen, Hautausschlag bei zwei Affen, Atembeschwerden bei einem Affen, verändertes Lungengewebe bei drei Affen. Diese mögliche Wirkung von KETAMIN wird jedoch in dem Artikel merkwürdigerweise ebenfalls *nicht* thematisiert! Im Grunde haben wir hier auf „hochwissenschaftlicher Ebene“ die Widerspiegelung des schulmedizinischen Alltags: Die fast vollständige Ausblendung von Nebenwirkungen.

Einfach nur fragwürdig oder gar Wissenschaftsbetrug?

Wie kommen die Forscher zu ihrer schwerwiegenden Schlussfolgerung: Aufgrund von nur vier Testtieren, die noch nicht einmal durchgehend die gleichen Symptome zeigten, von typischen SARS- oder Grippesymp-

tomen wie Fieber und Husten ganz zu schweigen? Auch Atembeschwerden traten nur bei einem der Tiere auf.

Ein ehrlicher Wissenschaftler würde bei einem solchen Experiment versuchen, alle Einflussfaktoren zu erfassen, die das Ergebnis verfälschen könnten. Dies geschieht üblicherweise durch eine Kontrollgruppe, die man den exakt (möglicherweise traumatischen) gleichen Haltebedingungen und Behandlungen, inkl. Betäubung mit KETAMIN und Verabreichung einer Injektion (allerdings hier entweder ohne oder mit einem harmlosen „Virus“), aussetzt. Warum ist dies unterblieben?

Die im Lancet veröffentlichten Experimente der Rotterdamer Universität sind nicht geeignet, eine virale Ursache von SARS-Symptomen zu beweisen. Der Versuchsaufbau ist nicht nur wissenschaftlich fragwürdig, er ist grober Unfug! Darüber hinaus ist die völlig unnötige Quälerei und Tötung von vier hochsensiblen Tieren ethisch zu verurteilen. Die entscheidende Frage ist jedoch: Wie kommt die wissenschaftliche Welt – unter der Führung der WHO und der nationalen Seuchenbehörden – dazu, diesen Unsinn als wissenschaftliche Wahrheit anzuerkennen?

Sind Armuts- und Umweltfaktoren die wahren Ursachen?

Als Ausgangspunkt der „SARS-Epidemie“ gelten Fälle von schweren Pneumonien in der chinesischen Provinz Guangdong. Eine verantwortungsbewusste Anamnese müsste natürlich die Lebensverhältnisse der Erkrankten mit einbeziehen. Deshalb wären nähere Informationen über die Zustände in Guangdong von Relevanz. Nur wer sich dem virologischen Tunnelblick verschrieben hat, dem wird dabei entgehen, dass die katastrophalen Lebens- und Umweltbedingungen in Guangdong einen chronischen Krankheitsherd darstellen.

Die Provinz Guangdong umschließt die frühere britische Kolonie Hong-Kong. Sie ist eine Sonderwirtschaftszone und erlebt einen industriellen High-Tech-Boom ohnegleichen. Die Schattenseiten dieser rasanten Entwicklung sind jedoch extreme Umweltverschmutzung, niedrige Sicherheitsstandards am Arbeitsplatz und die Entstehung von Slums mit menschenunwürdigen Lebensbedingungen. In Guangdong landet der Computerschrott des reichen Westens und wird dort ohne Schutzmaßnahmen und von Hand in seine zum Teil hochgiftigen Bestandteile zerlegt.

Wie in Mexiko und der sogenannten Schweinegrippe gilt auch hier, dass allein schon die Lebensbedingungen völlig ausreichen, um das vermehrte Auftreten von Atemwegserkrankungen zu erklären. Doch diese

Das Affenexperiment von Rotterdam

Beweis für Pathogenität des „SARS-Virus“?

Extremer Stress durch die Art der Behandlung
(Ausgeliefertsein, Angst – bis hin zur Todesangst)



„Virus“ in Rachen, Nase und unter die Augenlider



Vier mal Betäubung mit KETAMIN



1



2



3



4



- Lethargie
- Hautausschlag



- Lethargie
- Hautausschlag
- Atembeschwerden
- Lungenherde (bei Autopsie)



- Lungenherde (bei Autopsie)



- Lethargie
- Lungenherde (bei Autopsie)

Typische Symptome von SARS sind: Fieber, Atemwegsbeschwerden bis hin zur Pneumonie

Lebensbedingungen wurden weder von Virologen noch Politikern oder Behörden als ein zu beachtender Faktor diskutiert.

Die Schlüsselrolle des Dr. Shigeru Omi

Will man den Ursprung der angeblichen weltweiten SARS-Epidemie ausfindig machen, dann kommt man an der Person von Shigeru Omi, dem damaligen WHO-Beauftragten für den Westpazifik, nicht vorbei. Bis zum 11. März 2003 galten die Ausbrüche im französischen Hospital von Hanoi noch als Verdachtsfälle im Rahmen eines hochansteckenden Vogelgrippe-Ausbruches. An diesem Tag schickt Omi seinen „Paladin“ Carlo Urbani – gegen jede schulmedizinische Vernunft – auf eine Flugreise

nach Bangkok, um dort auf einer Tagung zu sprechen. Am 12. März, kaum dass Urbani Hanoi verlassen hat, ruft Omi einen „Global Alert“ aus und warnt vor einem „Severe Acute Respiratory Syndrom“ (SARS) unbekannter Ursache.

Entweder hat er Urbani als seinen wichtigsten Mann vor Ort bewusst weggeschickt, um ohne seinen Widerstand insgeheim gehegte Pläne bezüglich China/Guangdong umsetzen zu können, oder aber ihm ist wirklich erst unmittelbar nach Urbanis Abreise die Notwendigkeit eines globalen Alarms bewusst geworden. Dies setzt eigentlich voraus, dass er am 12. März – womöglich aus Hongkong, wo James Cheng sich als letztes aufgehalten hatte – neue Informationen erhalten hat, die auf das Risiko einer Epidemie schließen lassen. Doch darüber wird in den offiziellen Verlautbarungen der WHO nichts berichtet. Hongkong kommt in der SARS-Historie erst einige Tage später ins Spiel.

Merkwürdig ist auch, dass James Cheng ebenfalls unmittelbar nach Urbanis Abreise nach Hongkong verlegt wird. Dieser Transport birgt – ebenso wie die Reise Urbanis – das Risiko einer Verbreitung der vermuteten hochansteckenden Viren in andere Länder. Darüber hinaus stellt die Verlegung eines Todkranken ein zusätzliches Gesundheitsrisiko für ihn dar. Davon, dass weitere schwer Erkrankte aus Hanoi nach Hongkong verlegt wurden, ist in den verfügbaren Meldungen kein Hinweis zu finden. Warum also wird allein Cheng verlegt? Er stirbt quasi sofort nach dieser Verlegung. Ist es nur Zufall, dass auch Urbani zur gleichen Zeit todkrank in der Isolierstation eines Bangkokker Hospitals liegt? Warum hat man ihn derart mit Medikamenten vollgepumpt, von denen man gar nicht wissen konnte, ob sie nicht mehr Schaden als Nutzen bringen würden? Warum wurde Urbani schließlich, wie seine Frau berichtete, mit Morphium behandelt – obwohl dies bei Atemwegserkrankungen eigentlich kontraindiziert ist?

Ein mögliches persönliches Motiv Omis ist uns aus den Pressemeldungen bekannt: Er hatte noch vor dem schicksalhaften Anruf Urbanis den Auftrag erhalten, die chinesische Regierung dazu zu bewegen, WHO-Teams nach Guangdong hineinzulassen, um die dortigen „rätselhaften Pneumoniefälle“ zu untersuchen. Tatsächlich brachte die SARS-Aktion China nicht nur dazu, Guangdong für die WHO zu öffnen, sondern China erlitt darüber hinaus einen enormen Gesichtsverlust gegenüber der Weltöffentlichkeit, und der rasante chinesische wirtschaftliche Aufstieg kam zumindest vorübergehend ein wenig ins Stocken. Ein mögliches Motiv für das Verhalten Omis könnte also im persönlichen Ehrgeiz des Dr. Shigeru Omi begründet sein.

Mögliche machtpolitische Motive

Zu einem weiteren Motiv könnte uns die interessante Synchronizität der Ereignisse führen, die den Einmarsch der USA und Großbritanniens in den Irak betreffen. Betrachtet man die Politik von US-Präsident George W. Bush seit Beginn seiner Amtszeit, so könnte man leicht zu der Ansicht kommen, dass er recht skrupellos agiert – und nicht immer zum Vorteil derjenigen, die ihn gewählt haben. So war der Einmarsch in den Irak nicht nur völkerrechtswidrig, sondern die Vorwände für die Invasion – Sicherstellung von Massenvernichtungswaffen – waren offensichtlich frei erfunden.

Überlegungen für das Motiv hinter diesem Krieg beginnen mit vermuteten Begierden großer US-Konzerne auf die irakischen Ölfelder, streifen die geschäftlichen Interessenskonflikte einiger Mitglieder der US-Regierung und enden bei der Absicht des irakischen Präsidenten Hussein, Öl künftig gegen EURO statt gegen US-Dollar zu exportieren. Würde eine Umstellung des Außenhandels auf Euro Schule machen, dann – so die Vermutung einiger Autoren – könnte dies dazu führen, dass weltweit alle Notenbanken ihre Dollarbestände zugunsten des Euro abstoßen und durch das Dollar-Überangebot der Dollarkurs in den Keller sinkt. Die US-Wirtschaft würde mit Dollar überschwemmt, was eine Geldentwertung und Wirtschaftskrise zur Folge hätte. Die Preise für den Import von Erdöl und Rohstoffen würden in den USA aufgrund des schlechten Wechselkurses zum Euro explodieren. Konsequenz: Gute Nacht, US-Wirtschaft! Ade, Weltmacht USA!

In dieser Situation bietet eine gleichzeitig mit der Irak-Invasion auftretende tödliche Viruspandemie gleich zwei Vorteile: Zum einen kann sie zur Ablenkung der Weltöffentlichkeit von den Begleitumständen und Hintergründen der Offensive dienen, zum anderen setzt sie den erwachenden Riesen China unter Druck, der ja nicht nur zunehmend ein ernstzunehmender Konkurrent wird, sondern auch auf einem der weltweit größten US-Devisenbestände sitzt.

Die USA hat zweifellos den größten Einfluss auf die WHO. Sie bestreitet ein Viertel des jährlichen WHO-Budgets. Die US-Seuchenbehörde CDC zeigt sich auch im Falle von SARS als das Schwergewicht innerhalb des WHO-Netzwerkes, an dem sich alle anderen orientieren: Findet das CDC in zwei Personen mit Grippe-symptomen Coronaviren und propagiert diese als die wahrscheinliche Ursache der neu erfundenen Seuche SARS, dann schwenkt das globale Labornetzwerk der WHO von einem Tag auf den anderen auf Coronaviren um. Unabhängig davon, ob

dies aus wissenschaftlicher Sicht Sinn ergibt oder nicht.

Man könnte sich beispielsweise auch fragen, ob es Zufall war, dass Kanada in die WHO-Reisewarnung aufgenommen wurde, nachdem der kanadische WHO-Forscher Plummer „aus der Reihe tanzte“ und sich öffentlich kritisch zur Coronavirus-Hypothese äußert? Was genau hat die kanadische Regierung damit gemeint, als sie im Zusammenhang mit der Reisewarnung von „politischen Motiven“ sprach?

Fazit: SARS ist nur ein Phantom!

SARS gilt als tödliche Seuche mit einem großen Ansteckungspotential. Doch obwohl das verursachende Virus niemals mit Bestimmtheit identifiziert werden konnte, die Diagnose auf unzuverlässigen Labortests beruhte, und die Therapien nur einen experimentellen Charakter hatten und wie ein Herumstochern im Dunkeln erscheinen, ist diese hochansteckende Seuche innerhalb weniger Monate wieder von unserem Globus verschwunden, ebenso plötzlich, wie sie aufgetaucht war.

Sollte dieses geheimnisvolle tödliche Virus tatsächlich existieren, so ist sein Verschwinden – wie sein Auftauchen – wohl eher auf eine Laune der Natur zurückzuführen und keineswegs auf zielgerichtetes und vereinigt Handeln von WHO, CDC, RKI und wie sie alle heißen.

Fußnoten:

- 1 *Netzeitung vom 26. März 2003*
- 2 *Ärzte Zeitung vom 7. Febr. 2003*
- 3 *Asia Times vom 18. März 2003*
- 4 *Ärzte Zeitung vom 8. Mai 2003*
- 5 *TIMES, Special Report „The Truth about SARS“, Mai 2003*
- 6 *pittsburghlive.com vom 30. März 2003*
- 7 *NEJM, 15. Mai 2003*
- 8 *<http://www.minInv.nl>*
- 9 *z. B.: messengersaintanthony.com*
- 10 *www.who.int*
- 11 *Netzeitung vom 19. März 2003 + „Virus-Wahn“, Seite 177ff*
- 12 *Netzeitung vom 21. März 2003*
- 13 *Pressemeldung der Hongkonger Regierung vom 22. März 2003*
- 14 *Netzeitung vom 24. März 2003 + www.cdc.gov*
- 15 *Netzeitung vom 25. März 2003*
- 16 *www.who.int*
- 17 *Julie Louise Gebering, NEJM, 2. April 2003*

- 18 EpiBull Nr. 14/2003 vom 4. April 2003
- 19 impf-report Newsletter 13/2003
- 20 Nelsen Lee et al., NEJM, 7. April 2003
- 21 Peiris et. al., The Lancet, 8. April 2003
- 22 Drosten et. al.; NEJM, 10. April 2003
- 23 Pressemitteilung artus GmbH, 11. April 2003
- 24 Ärzte Zeitung vom 17. April 2003
- 25 Netzeitung vom 16. April 2003
- 26 www.who.int/csr/don/2003_04_17/en/
- 27 Netzeitung vom 17. April 2003
- 28 www.freiepresse.de
- 29 Netzeitung vom 20. April 2003
- 30 Handelsblatt online, 25. April 2003
- 31 Handelsblatt online, 24. April 2003
- 32 U.S. News & World Report vom 27. April 2003
- 33 via medici online, thieme.de, 5. Mai 2003
- 34 www.rki.de
- 35 www.nationalpost.com
- 36 Deutsches Ärzteblatt vom 2. Mai 2003
- 37 Stuttgarter Zeitung vom 3. Mai 2003
- 38 Stuttgarter Nachrichten, 5. Mai 2003
- 39 Netzeitung vom 13. Mai 2003
- 40 Hamburger Abendblatt, 16. Mai 2003
- 41 EpiBull Nr. 20/2003 vom 16. Mai 2003
- 42 impf-report Newsletter Nr. 22/2003
- 43 WHO-Pressemeldung, 16. April 2003
- 44 Netzeitung vom 28. Mai 2003
- 45 Märkische Oderzeitung online, 3.6.2003
- 46 EpiBull Nr. 25/2003 vom 13. Juni 2003
- 47 www.who.int
- 48 Kuiken et. al., The Lancet, 22. Juli 2003
- 49 impf-report Newsletter Nr. 38/2003
- 50 www.who.int
- 51 EpiBull Nr. 50/2003
- 52 Magazin TIME, Special Report „The Truth about SARS“, Mai 2003, Seite 4
- 53 Pforzheimer Zeitung vom 16. April 2003
- 54 Netzeitung vom 7. April 2003
- 55 Stuttgarter Zeitung vom 8. April 2003

-
- 56 Ksiazek et. al., *nejm.org*, 10. April 2003
- 57 Fouchier et. al., *NATURE*, 15. Mai 2003
- 58 BBC online, 14. April 2003
- 61 Dr. Kary Mullis „Dancing naked in the mind field“, Vintage Books, New York, 1998, S. 171ff
- 60 Siehe Fachinfos auf www.impfkritik.de/fachinfo/grippe
- 61 *Epidemiologisches Bulletin (EpiBull)* 12/2003, 21. März 2003
- 62 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>
- 63 DeRisi
- 64 DeRisi/CDC
- 65 SARS-Report, Mai 2003, knowledgeofhealth.com
- 66 *DIE WELT* vom 27. März 2003
- 67 *Süddeutsche* vom 8. April 2003
- 68 *Siegener Zeitung*, 10. April 2003
- 69 *Westdeutsche Zeitung*, 15. April 2003
- 70 *Netzeitung* vom 7. April 2003
- 71 oberpfalznetz.de, 15. April 2003
- 72 *Schwäbisches Tagesblatt*, 4. April 2003
- 73 *Süddeutsche Zeitung*, 8. April 2003
- 74 *THE LANCET* online vom 22. Juli 2003:
<http://image.thelancet.com/extras/03art6318web.pdf>
- 75 *Deutsches Ärzteblatt*, 23. Okt. 2003
- 76 Beispiele: *Ärzte Zeitung* vom 1. Sept. 2003 und 30. Okt. 2003
- 77 Fachinfos zu „Ketamin Curamed“, „Ketamin-rathiofarm“, „Ketanest S“;
Roche Lexikon Medizin, 4. Auflage; uni-marburg.de

Spanische Grippe

Mit der „Spanischen Grippe“ wird eine weltweite Epidemie bezeichnet, die im Jahr 1918 – je nach Quelle – zwischen 20 und 100 Millionen Todesopfer gekostet haben soll. Die ersten Berichte über eine schwere Grippe-Epidemie, die mit der „Spanischen Grippe“ in Verbindung gebracht wurden, stammen aus Spanien. Daraus leitet sich der Name ab. Als Ursache der Seuche wird heute eine verhängnisvolle Mutation des Grippevirus Influenza A/H1N1 angesehen. In den letzten Jahren erlangte die Spanische Grippe neue Bedeutung, da sie als typisches Beispiel und Mahnmal dafür angeführt wird, dass erneute tödliche Mutationen von Influenzaviren jederzeit möglich sein können – mit der Folge einer erneuten Pandemie und weltweit Millionen von Todesopfern. Wollen wir uns eine Meinung darüber bilden, wie zutreffend diese Befürchtungen sind, müssen wir uns also näher mit der Spanischen Grippe befassen. Denn: Ohne Spanische Grippe gibt es auch keinen Grund, eine Influenza-Pandemie mit Millionen Toten zu befürchten.

Die Symptome laut Augenzeugenberichten

Der Philadelphia Inquirer beschreibt die Symptome in seiner Ausgabe vom 21. Sept. 1918 folgendermaßen:

„Zuerst spürt man vielleicht einen dumpfen Schmerz im Kopf. Dann fangen die Augen an zu brennen. Man beginnt zu frösteln, schleppt sich ins Bett und rollt sich ein. Aber ganz gleich, in wie viele Decken man sich hüllt, nichts hält einen warm. Man fällt in einen unruhigen Schlaf, träumt wirres Zeug, während das Fieber unaufhörlich steigt. Und wenn man aus dem Schlaf in eine Art Dämmerzustand gleitet, schmerzen die Muskeln und der Kopf, und man ist sich vage bewusst, dass man, während der Körper sich schwach dagegen wehrt, Schritt für Schritt dem Tode entgegengeht. Es kann ein paar Tage dauern oder ein paar Stunden, aber nichts kann das Fortschreiten der Krankheit aufhalten. Ärzte

und Krankenschwestern haben gelernt, die Symptome zu deuten. Die Gesichtsfarbe wird bräunlichviolett. Man hustet Blut, und die Füße verfärben sich schwarz. In der Endphase schnappt man nur noch verzweifelt nach Luft, und aus dem Mund tritt blutiger Speichel. Man stirbt, besser gesagt, man ertrinkt, weil die Lungen sich mit rötlicher Flüssigkeit füllen. Und der obduzierende Arzt stellt fest, dass die Lungen schwer und nass im Brustraum liegen, vollgesogen mit einer dünnen, blutigen Flüssigkeit und nicht mehr zu gebrauchen.“¹

Die Symptome sind, wie auch bei diversen Vergiftungserkrankungen bekannt, nur anfangs grippeähnlich. Hier ein Bericht aus Camp Devens, Sept. 1918:

„Die Krankheit sehe anfangs aus wie eine normale Grippe, erklärte Roy. Aber kaum lagen die Soldaten im Lazarett, entwickelten sie ‚im Nu die bösartigste Lungenentzündung, die ich jemals erlebt habe. Zwei Stunden nach Einlieferung erscheinen auf ihren Wangenknochen mahagonifarbene Flecken, und wenige Stunden später breitet sich die Zyanose langsam von den Ohren über das gesamte Gesicht aus, bis man den Farbigen kaum noch vom Weißen unterscheiden kann. Jetzt ist es nur noch eine Frage von Stunden, bis der Tod eintritt. Am Ende schnappen die Patienten vergebens nach Luft und ersticken. Es ist grauenvoll. Man kann noch ertragen, ein, zwei Männer sterben zu sehen, aber hier krepieren die armen Teufel wie die Fliegen, das geht einem ganz schön an die Nieren. Wir haben 100 Tote pro Tag, und diesen Schnitt halten wir auch weiterhin.“²

„Als die Krankheit zum ersten Mal diagnostiziert wurde, zögerten die Ärzte, sie als Grippe zu bezeichnen. Sie glaubten, es mit einem völlig neuen Leiden zu tun zu haben. Einige sprachen von einer Bronchiallungenentzündung, andere von einer seuchenartigen Atemwegserkrankung. Manche Ärzte hielten sie für Cholera oder Typhus, für Dengue-Fieber oder Botulismus. Andere nannten sie eine nicht näher zu bestimmende Epidemie. Wer sie als ‚Influenza‘ bezeichnete, setzte den Begriff in Anführungszeichen.“³

„Als Dr. Welch den Brustkorb geöffnet, die blaue, geschwollene Lunge herausgenommen und aufgeschnitten hatte, die nur noch an wenigen Stellen fest geblieben war, wandte er sich an uns‘, erzählte Cole. ‚Das muss irgendeine neue Infektion sein‘, sagte Welch, ‚Eine Art Pest‘“⁴

Ähnlichkeiten zu bekannten Krankheiten

Das hämorrhagische (mit Blutungen einhergehende) Fieber war typisch für den schweren Verlauf der Krankheit. Dergleichen tritt auch bei anderen sog. Infektionskrankheiten auf, wie z.B. bei Ebola, Marburg-Fieber, Dengue-Fieber, Gelbfieber. Des Weiteren ist es jedoch auch als schwere Nebenwirkung der Pockenimpfung bekannt, wenn in eine bestehende Infektion hineingeimpft wurde.⁵

Hämorrhagisches Fieber und bronzefarbene Hautverfärbung und der tödliche Verlauf wird darüber hinaus auch bei Purpura variolosa, einer besonders schwer verlaufenden Form der Pocken beobachtet. Prof. Dr. A. Herrlich diskutiert in seinem als Standardwerk zählenden Buch „Die Pocken“ die Vermutung früherer Autoren, diese besondere Verlaufsform komme nur unter Geimpften vor.⁶ Herrlich bestreitet dies zwar etwas halberzig, schildert jedoch einen Absatz weiter einen Ausbruch in Bombay, wo 13 unter 23 Erkrankten Pockennarben zeigten, also mit Sicherheit geimpft waren. Da nicht alle Impfnarben „aufgehen“, kann es durchaus sein, dass sogar sämtliche Erkrankte zu den Geimpften gehörten.

Merkwürdige Widersprüche

Die offizielle Sichtweise zur Spanischen Grippe gibt uns eine ganze Reihe von Rätseln auf. Als da wären:

Rätsel Nr. 1: Misslungene Ansteckungsversuche

Um die rätselhafte Krankheit besser einschätzen zu können, unternahm man im Nov. 1918 in Boston einen Ansteckungsversuch mit Freiwilligen. Es handelte sich um 62 gesunde Matrosen, die wegen Dienstvergehen im Gefängnis saßen. Ihnen war Begnadigung versprochen worden, falls sie sich für ein Experiment zur Verfügung stellten. 39 von ihnen hatten bisher keine Grippe gehabt und waren deshalb, wie man vermutete, besonders empfänglich. Die bekannte amerikanische Medizinjournalistin Gina Kolata läßt in ihrem Buch „*Influenza - Jagd nach dem Virus*“, Medizinhistoriker zu Wort kommen, die bei ihren Recherchen auf interessante Berichte gestoßen sind:

„Die Marineärzte sammelten das zähflüssige Sekret aus den Nasen und Rachen todkranker Männer und sprühten es einigen Testpersonen in deren Nasen und Rachen, anderen in die Augen. Bei einem Experiment schabten sie den Schleim von der Nasenscheidewand eines Patienten und rieben ihn dann direkt an die Nasenscheidewand einer Testperson.“ (...) In dem Versuch, die Vorgänge

zu simulieren, die normalerweise ablaufen, wenn Menschen sich mit Grippe anstecken, nahmen die Ärzte zehn der Testpersonen mit ins Lazarett, um sie grippekranken Soldaten auszusetzen. Die Kranken lagen eingerollt und mit fieberheißen Gesichtern auf ihren schmalen Betten und glitten abwechselnd vom Schlaf ins Delirium. Die zehn gesunden Männer erhielten die Anweisung, sich jeweils einem Patienten zu nähern, sich über ihn zu beugen, seinen übel riechenden Atem einzusatmen und fünf Minuten lang mit ihm zu plaudern. Um sicherzugehen, dass der Gesunde der Krankheit auch vollständig ausgesetzt war, musste der Kranke kräftig ausatmen, wobei der Gesunde den Atem des Kranken inhalierte. Schließlich musste der Grippekranke dem Freiwilligen noch fünf Minuten lang ins Gesicht husten. Jede gesunde Testperson vollzog diese Prozedur bei 10 verschiedenen Grippepatienten, deren Krankheitsbeginn nicht länger zurückliegen durfte als 3 Tage. So wollte man gewährleisten, dass das Virus, oder was immer die Grippe verursacht hatte, sich noch im Sekret aus Nase oder Lunge befand. Aber kein einziger gesunder Mann wurde krank.“⁷

Ein ähnliches Experiment unter noch strengeren Bedingungen fand in San Francisco statt, diesmal mit 50 in Gefängnissen einsitzenden Matrosen. Das Ergebnis war für die Ärzte gleichermaßen verblüffend:

„Zu aller Überraschung wurde keine einzige Testperson krank. Die Wissenschaftler waren verblüfft. Wenn diese gesunden Freiwilligen sich nicht ansteckten, obwohl die Ärzte alles daransetzten, um sie krank zu machen, was war dann der Auslöser der Krankheit? Wie infizierten die Menschen sich dann mit der Grippe?“⁸

Erst nachdem man quasi den Impfvorgang nachahmte, indem den Testpersonen speziell bearbeitete Blutproben von Influenza-Opfern unter die Haut gespritzt wurden – nicht gerade ein typischer Übertragungsweg für Grippeviren – war man z.B. in Japan erfolgreich:

„Hundert Prozent derer, die für die Grippe empfänglich und gefiltertem Material ausgesetzt waren, sogar gefiltertem Blut, das man ihnen unter die Haut gespritzt hatte, wurden krank.“⁹

Rätsel Nr. 2: Geografischer Ursprung unklar

Normalerweise beginnt eine ansteckende Krankheit an einem spezifischen Ort irgendwo auf unserem Planeten und verbreitet sich von dort aus je nach Umweltbedingungen in verschiedene Richtungen. Eine der-

artige Entwicklung ist jedoch im Falle der Spanischen Grippe nicht auszumachen.

Zunächst einmal muss man für das Jahr 1918, sofern man die Pandemie auf dieses Jahr beschränken will, zwei Krankheitswellen unterscheiden: eine leichtere im Frühjahr und eine schwere mit tödlichem Verlauf im Spätsommer/Herbst. Verwirrend ist, dass sich die Autoren nicht einig sind, ob die Krankheit nun von Europa in die USA oder umgekehrt eingeschleppt wurde. Einer Quelle zufolge begann die Epidemie im Februar 1918 in San Sebastián in Spanien¹⁰ und nach einer anderen zur gleichen Zeit in der US-Metropole New York City, also tausende von Kilometern entfernt.¹¹

Diese Gleichzeitigkeit, sofern sie nicht auf einem Irrtum beruht, lässt sich weder durch eine Schiffsreise noch durch Zugvögel erklären. Im März 1918 erschien die Spanische Grippe – ohne Zwischenstation – in zwei Armeelagern im Bundesstaat Kansas, also hunderte von Kilometern von New York entfernt.¹² Im April trat sie erstmals in Frankreich auf,¹³ im Mai in Madrid¹⁴ und Ende Mai hatte sie in Spanien ihren Höhepunkt¹⁵. Im Juni kam es zu ersten Häufungen im kriegserschöpften Deutschland¹⁶, gleichzeitig aber auch in China, Japan, England¹⁷ und Norwegen¹⁸. Am 1. Juli hatte Leipzig den ersten Krankheitsfall und im Laufe des Juli waren in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen infiziert.¹⁹

Die zweite, wesentlich schwerer verlaufende tödliche Welle begann nahezu gleichzeitig im Hafen von Boston, USA²⁰, auf dem indischen Subkontinent, in Südostasien, in der Karibik und in Zentral- und Mittelamerika²¹. Im September waren verschiedene Armee-Lager im Westen der USA und die Bundesstaaten Massachusetts, Pennsylvania und Philadelphia betroffen,²² ab Oktober Brasilien²³ und ab Nov. Alaska.²⁴

Selbst wenn wir die schnellsten Schiffe der damaligen Zeit, Eisenbahn und Zugvögel einbeziehen, ergibt sich daraus kein sinnvoller epidemiologischer Zusammenhang, es sei denn, das Virus sei gleichzeitig weltweit tödlich mutiert. Dies ist jedoch so gut wie unmöglich.

Falls es sich bei der Spanischen Grippe wirklich um eine Epidemie gehandelt hat, die durch eine Virusmutation ausgelöst wurde, dann müsste theoretisch von jedem Ort ihres Erscheinens aus der Weg zu einem gemeinsamen Ursprung zurückverfolgt werden können. Dazu fehlen jedoch die notwendigen Daten. Alles, was Forscher heute haben, sind einzelne Anekdoten aus der ganzen Welt, nicht ausreichend, um Klarheit über Ursprungsort und Verbreitung des Virus zu schaffen.²⁵

Rätsel Nr. 3: Uneinheitliche Symptome

Gegen einen gemeinsamen Zusammenhang sprechen auch die unterschiedlichen Symptome der Krankheit. Mitte August, also zu einer Zeit, die bereits der zweiten Pandemie-Welle zugeordnet wird, erkrankten auf einem großen Passagierdampfer auf dem Weg nach New York 21 Passagiere an typischen Grippe-symptomen. Während sich die besser betuchten und versorgten Patienten der gehobenen Klasse erholten, starben fünf der acht Patienten aus der dritten Klasse.²⁶

Nur etwa zwei Wochen nach dem oben geschilderten Ereignis erkrankten in Fort Devens, einer Kaserne der US-Armee, reihenweise junge Soldaten, die Blut husteten und wie die Fliegen starben.²⁷ Allein dieses Beispiel begründet Zweifel daran, dass es sich immer um die gleiche Krankheit gehandelt hat.

Rätsel Nr. 4: Altersstruktur der Opfer

Während die erste Welle der angeblichen Influenza-Pandemie noch der „normalen“ Gesetzmäßigkeit folgt, dass die Schwachen und die Alten am schwersten erkranken, trifft dies für die sogenannte „zweite Welle“ nicht mehr zu. Jetzt sind es die jungen kräftigen Männer der US-Armee und junge Erwachsene unter der Zivilbevölkerung, die das vermeintliche Virus bevorzugt tötet. Der Wissenschaftler Donald R. Olson und seine Kollegen stellten bei einer Analyse der drei Pandemien des 20. Jahrhunderts fest, dass jeweils während dieser Pandemien sich das Alter der Betroffenen stark verjüngte: In den Zeiten zwischen den Pandemien lag das durchschnittliche Alter der Patienten deutlich über 45 Jahre, während der sogenannten Pandemien jedoch unter 45 Jahre. Für diese rätselhafteste Verschiebung gibt es bisher keine Erklärung.²⁸

Rätsel Nr. 5: Das merkwürdige Schweigen der Ärzte

Die Pandemie von 1918 muss auch für die Ärzte jener Zeit ein Ereignis gewesen sein, das sie für ihr ganzes weiteres Leben geprägt hat, zumindest aber unvergesslich blieb. Zudem musste die Spanische Grippe für berufene Ärzte und Forscher eine unwiderstehliche Herausforderung dargestellt haben, den Ursachen auf den Grund zu gehen.

Dennoch, so stellte der Medizin-Historiker Crosby verwundert fest, wurde das Thema in Artikeln und Memoiren einiger der wichtigsten Ärzte jener Zeit, die direkt mit den Auswirkungen der Pandemie konfrontiert gewesen waren, entweder gar nicht oder nur am Rand erwähnt.²⁹

Als eine diesbezüglich sehr ergiebige Quelle hat sich wieder das

Buch „Influenza - die Jagd nach einem Virus“ der Wissenschaftsjournalistin Gina Kolata erwiesen. Ihr Buch über die Spanische Grippe ist recht spannend geschrieben, da sie auch auf die Schwierigkeiten und Widersprüche eingeht, mit denen Ärzte und Wissenschaftler von 1918 bis heute zu kämpfen hatten. Was Kolata bei ihren Recherchen auffiel, war ein bemerkenswertes Schweigen der Ärzte und auch der Medien über die Spanische Grippe:

„In Vaughans 464 Seiten langen Memoiren, die 1926 erschienen, sucht man vergebens ein Kapitel über die Grippe von 1918, die Vaughan noch in frischer Erinnerung hätte sein müssen. Doch anstatt über die Seuche nachzugrübeln, hatte Vaughan offensichtlich beschlossen, sich nicht mehr länger mit dem Thema auseinander zu setzen, denn er handelte die Tragödie in Fort Devens in nur einem Absatz ab, beschrieb sie als „eine jener entsetzlichen Szenen, die sich vor dem geistigen Auge eines alten Seuchenexperten abspielen, während dieser vor dem Kamin sitzt und ins Feuer starrt.“ (...) Wenn man von irgendjemandem hätte erwarten können, dass er sich ausführlicher mit der Epidemie befasste, dann von Vaughan. Schließlich war er Epidemiologe, ein Beruf, der sich auf die Erforschung von ansteckenden Krankheiten, ihren Ursachen und Verläufen konzentrierte, und ein praktizierender Arzt, der Augenzeuge einer der schlimmsten Epidemien wurde, die die Erde jemals heimgesucht hatte. Doch anstatt sich eingehend mit der Seuche zu befassen, fühlte er sich offenbar bemüßigt, das Thema möglichst schnell ad acta zu legen und zu leichter Kost überzugehen.“

Wenn nicht einmal ein Mann wie Vaughan sich an die Krankheit erinnern konnte oder wollte, wer dann, stellt Kolata die berechtigte Frage.

„Militärärzte? Die waren genauso zurückhaltend wie Vaughan. Mehrere herausragende Allgemeinärzte, die nach Frankreich gingen und ihre Beobachtungen niederschrieben, erwähnten die Grippe nicht einmal. Sie konnten die Epidemie unmöglich übersehen haben, bemerkt Alfred W. Crosby, Historiker an der Universität von Texas.“ (...) Dennoch verbreiten sich Biographen herausragender Männer der Medizin nicht über die Epidemie. Eine 539 Seiten umfassende Biographie über Dr. William Henry Welch ist ein gutes Beispiel dafür. (...) Ebenso überraschend war die Art und Weise, wie damalige Zeitschriften und Zeitungen mit dem Thema

umgingen. Sogar die Choleraepidemie, die mit William Sproat begann und die man so schnell wie möglich wieder vergessen wollte, wurde, zumindest solange sie grassierte, von der Presse aufgegriffen. Nicht so die Grippe. (...) Medizinwissenschaftler staunen über das große Schweigen, gemessen an den drastischen Auswirkungen der Grippeepidemie... (...) Aber die Grippe war aus Zeitungen, Zeitschriften, Büchern und dem kollektiven Gedächtnis der Gesellschaft wie ausradiert.“²⁹

Könnte diese merkwürdige – offenbar auch nach dem Krieg andauernde – Gedächtnislücke, die vor allem Ärzte betraf, die unmittelbar mit den schweren Ausbrüchen in den Armeelagern konfrontiert worden waren, ein erster Hinweis sein, dass es sich bei der angeblichen „Grippe“ in den Kasernen in Wahrheit um Nebenwirkungen, z. B. von Impfungen, gehandelt hat? Denn welcher Arzt gibt schon gerne zu, dass er durch seine eigenen Behandlungen Krankheit, Leid und Tod bei den ihm anvertrauten Menschen verursacht hat? Unabhängig davon könnte es aufgrund der Kriegssituation ein Redeverbot der US-Armee zu diesem Thema gegeben haben, das bis heute nicht aufgehoben wurde.

Rätsel Nr. 6: Bakterie oder Virus?

Die moderne Wissenschaft ist der Ansicht, die Pandemie von 1918 sei durch ein Influenza A-Virus verursacht worden. Die zeitgenössischen Ärzte hielten jedoch das damals bereits bekannte und im Lichtmikroskop beobachtete Bakterium *Haemophilus Influenzae*, auch Pfeiffer-Bakterium genannt, für den Übeltäter. Kaum war in den USA im September 1918 die tödliche Seuche ausgebrochen, machten sich Mikrobiologen daran, aus abgeschwächten bzw. abgetöteten Pfeiffer-Bakterien Impfstoffe herzustellen und massenhaft zu verimpfen. Laut zeitgenössischen Berichten sogar mit großem Erfolg.³⁰ Somit steht also Aussage gegen Aussage: Virus oder Bakterium – oder etwa keines von beiden? Was war denn nun die wahre Ursache der Spanischen Grippe?

Augenzeugen geben Massenimpfungen die Schuld

Den ersten Widerspruch zur offiziellen Pandemie-Hypothese fand ich in einem Zitat aus dem Buch „Vaccination condemned“ von Dr. Eleonora McBean:³¹

„Alle Ärzte und Menschen, die zur Zeit der Spanischen Grippe 1918 lebten, sagen, dass es die schrecklichste Krankheit war, welche die Welt je gesehen hat. Starke Männer, an einem Tag noch

gesund und rüstig, waren am nächsten Tag tot. Die Krankheit hatte die Eigenschaften der Pest, zusätzlich zu Typhus, Diphtherie, Lungenentzündung, Pocken, Lähmungen und all den Krankheiten, gegen die diese Leute direkt nach dem 1. Weltkrieg geimpft worden waren. Praktisch die gesamte Bevölkerung war mit einem Dutzend oder mehr Krankheiten – bzw. giftigen Impfseren – versetzt worden. Es war eine Tragödie, als all diese arztgemachten Krankheiten gleichzeitig auszubrechen begannen.

Die Pandemie zog sich zwei Jahre lang hin, am Leben erhalten durch die Verabreichung von weiteren giftigen Medikamenten, mit denen Ärzte versuchten, die Symptome zu unterdrücken. So weit ich herausfinden konnte, erkrankten nur Geimpfte. Diejenigen, die die Injektionen abgelehnt hatten, entgingen der Grippe. Meine Familie hatte alle Schutzimpfungen abgelehnt, also blieben wir die ganze Zeit wohlauf. Wir wussten aus den Gesundheitslehren von Graham, Trail, Tilden und anderen, dass man den Körper nicht mit Giften kontaminieren kann, ohne Krankheit zu verursachen.

Auf dem Höhepunkt der Epidemie wurden alle Geschäfte sowie die Schulen, Firmen und sogar das Krankenhaus geschlossen – auch die Ärzte und Pflegekräfte waren geimpft worden und lagen mit der Grippe danieder. Niemand war auf den Straßen. Es war wie eine Geisterstadt.

Wir, die keine Impfungen erhalten hatten, schienen die einzige Familie zu sein, die nicht die Grippe bekam. So gingen meine Eltern von Haus zu Haus, um sich um die Kranken zu kümmern, so gut sie es konnten, denn es war zu der Zeit unmöglich, einen Doktor zu holen. Wenn Mikroben, Bakterien, Viren oder Bazillen Krankheiten verursachen können, hatten sie mehr als genug Gelegenheiten, meine Eltern zu attackieren, da sie viele Stunden pro Tag in den Räumen der Kranken verbrachten. Aber sie bekamen keine Grippe und sie brachten auch keine Mikroben nach Hause, die uns Kinder überfielen oder sonst irgend etwas verursachten. Niemand aus unserer Familie hatte die Grippe – nicht einmal ein Schnäuzen – dabei war es Winter und es lag tiefer Schnee.

Es wurde behauptet, die Grippeepidemie von 1918 hätte weltweit 20.000.000 Menschen getötet. Aber in Wirklichkeit wurden sie von den Ärzten durch ihre groben und tödlichen Behandlungen und Medikamente umgebracht. Diese Anklage ist hart, dennoch ist sie zutreffend und wird durch den Erfolg der naturheilkundlichen Ärzte

gegenüber den schulmedizinischen Ärzten bezeugt. Während den Schulmedizinerinnen in ihren Krankenhäusern 33 % ihrer Grippefälle verstarben, erzielten die naturheilkundlichen Krankenhäuser wie Battle-Creek, Kellogg und MacFadden's-Health- Restorium Heilungsraten von fast 100 % mit ihren Wasserkuren, Bädern, Einläufen, Fasten und anderen Heilmethoden, gefolgt von sorgfältig ausgearbeiteten Diätplänen mit naturbelassenen Nahrungsmitteln. Keiner dieser Naturärzte verlor innerhalb von acht Jahren einen Patienten. (...) Wären die Schulmediziner so ausgebildet gewesen wie die „arzneilosen“ Ärzte, hätte es keine 20 Millionen Todesfälle durch schulmedizinische Grippebehandlungen gegeben.

Unter den geimpften Soldaten war die Erkrankungsrate siebenmal so hoch wie unter den ungeimpften Zivilisten und ihre Krankheiten waren jene, gegen die sie geimpft worden waren. Ein Soldat, der 1912 aus Übersee zurückgekommen war, erklärte mir, dass die Armeekrankenhäuser mit Fällen von Kinderlähmung gefüllt waren und dass er sich wunderte, wie ausgewachsene Männer eine Säuglingskrankheit haben können. Jetzt wissen wir, dass Lähmungen eine normale Folge von Impfstoff-Vergiftungen sind. Diejenigen zu Hause bekamen diese Lähmung nicht – bis zur weltweiten Impfkampagne im Jahr 1918.“

Der Bericht von Eleanora McBean steht natürlich im totalen Gegensatz zur offiziellen Hypothese, ein mutiertes Influenza-Virus habe die Spanische Grippe verursacht. Sie ist jedoch nicht die einzige Quelle, die vermutet, die Pandemie sei in Wahrheit durch Massenimpfungen verursacht worden.

1920 richtet Chas. M. Higgins eine umfangreiche Petition an den Präsidenten der Vereinigten Staaten und führt darin zahlreiche Gründe auf, die für einen möglichen Zusammenhang mit Massenimpfungen unter den Soldaten sprechen.³¹ Higgins führt in seinem Dokument eine ganze Reihe von offiziellen Quellen an, die auf eine Ähnlichkeit zwischen beobachteten Impfschäden und den Symptomen der Spanischen Grippe hindeuteten.³⁶

Bestimmte Impfungen innerhalb der US-Armee waren Pflicht. So berichtete die New York Times vom 2. Mai 1918, dass ein Soldat aus Camp Dodge wegen Impfverweigerung zu 15 Jahren Haft verurteilt wurde. In einem anderen Fall kam es zu einer Verurteilung, zu unehrenhafter Entlassung und 25 Jahren Arbeitslager durch das Militärgericht.³³

Einer offiziellen Liste aus dem Jahr 1911 zufolge waren zur damaligen

Zeit mindestens 39 verschiedene Impfstoffe im Einsatz, in einer anderen Liste aus dem Jahr 1919 ist immerhin noch von 26 Impfstoffen die Rede.³⁴ „*Es ist seltsam, dass in den Diskussionen über die Epidemie von 1918 niemals von Impfungen die Rede ist*“, stellt Hilary Butler in ihrem Buch „Just a little prick“ von 2006 fest.³⁵

Ingri Cassel, Mitarbeiter des Idaho Observer, bezieht sich im Juli 2003³⁷ auf den zeitgenössischen Bericht eines Dr. Rosenow,³⁸ in dem dieser die Folgen von Impfversuchen mit Meerschweinchen beschreibt. Demnach seien insbesondere die Lungen in schwere Mitleidenschaft gezogen worden – ein typisches Symptom der tödlichen Spanischen Grippe. Der Sanitätsinspekteur der US-Armee berichtet von 31.106 hospitalisierten Fällen mit Lungentuberkulose und 1.114 Toten für die Zeit der US-Beteiligung am Weltkrieg. Es dürfte für die Armeeärzte gar nicht so einfach gewesen sein, die „normale“ Tuberkulose, Impffolgen und die Spanische Grippe voneinander abzugrenzen. Cassel zitiert noch eine weitere Autorin, Anne Riley Hale aus dem Jahr 1935:³⁹

„Wie jedermann weiß, hat die Welt noch niemals solch eine Orgie von Impfungen aller Art gesehen, wie die unter den Soldaten des Weltkriegs.“

Auch diese Autorin stellt im weiteren Verlauf des Zitats fest, dass gerade unter den „*gepiketen Männern der Nation*“, eigentlich den robustesten und widerstandsfähigsten von allen und in der Regel mit gesunden Lungen ausgestattet, die höchste Todesrate an Tuberkulose aufgetreten sei. Die höchste Entlassungsrate wegen Tuberkulose habe es in jenen Armee-Lagern gegeben, deren Besatzungen niemals zum Einsatz jenseits des Meeres gekommen waren!

Prof. Dr. E. R. Moras, ein bekannter Fachmann für natürliche Ernährung, bot der US-Regierung im Nov. 1918 in einem Brief seine Unterstützung an und beklagte darin – vergeblich – Tausende von Toten unter den Armeeangehörigen als direkte Folge der Massen-Impfungen gegen Typhus und denaturierter Nahrung.⁴⁰

Patric J. Carroll zitiert im Mai 2003 im Irish Examiner⁴¹ einen Bericht des US-Kriegsministers Henry L. Stimson, der die tödlichen Folgen von Impfungen gegen Gelbfieber in 63 Fällen bestätigte. Insgesamt, so Carroll, wurden den Rekruten zwischen 14 und 25 Impfungen verabreicht. Aus Armeeaufzeichnungen sei zu entnehmen, dass alle beimpten Krankheiten nach Beginn der Impfpflicht im Jahre 1911 in alarmierendem Ausmaß zugenommen hätten.⁴² Nach Eintritt der USA in den Krieg im Jahre 1917 sei die Todesrate durch die Typhus-Impfung auf

den höchsten Wert der Geschichte der US-Armee gestiegen. Der Bericht des Sanitätsinspektors der US-Armee zeige für 1917 allein 19.608 Krankenhauseinweisungen als Folge der Typhus-Impfung. Die Situation sei durch die vergeblichen Versuche, die Typhus-Symptome durch noch stärkere Dosierungen zu bekämpfen, nur weiter verschlimmert worden. Nach Ende des Krieges sollte die in Panik geratene Bevölkerung mit u.a. diesem Impfstoff vor den heimkehrenden Soldaten, die sich an der Front mit gefährlichen Krankheiten angesteckt hätten, geschützt werden.

Laut Carroll ging in den USA während des 1. Weltkrieges ein geflügeltes Wort um, es würden mehr Soldaten durch Impfungen umgebracht als durch feindliche Gewehre.⁴³ Diese Aussage stamme von Dr. H. M. Shelton, dem Autor von „*Vaccines and Serum Evils*“. Laut General Goodwin habe die britische Armee 7.423 Fälle von Typhus mit 266 Toten verzeichnet. In der französischen Armee habe es 113.165 Fälle mit 12.380 Toten bis Oktober 1916 gegeben. In beiden Ländern sei die Typhus-Impfung Pflicht gewesen.

Es gab und gibt demnach eine ganze Reihe von Stimmen, die – zumindest in den USA – Massenimpfungen als die wahre Ursache der Spanischen Grippe bestätigen. Sie auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen ist ohne Vorliegen der Originalpublikationen natürlich nicht einfach. Aber wir können versuchen, uns der Wahrheit durch eine indirekte Vorgehensweise zu nähern, indem wir weitere Informationen, möglichst aus „unverdächtiger Quelle“, sammeln und prüfen, ob und wie die einzelnen Puzzlesteine zusammenpassen.

Der amerikanische „Impf-Bürgerkrieg“ von 1918

Innerhalb der USA gab es 1918 heftige öffentliche Auseinandersetzungen zwischen den Verfechtern von Impfungen und ihren Gegnern. Zwar kamen keine echten Waffen zum Einsatz, dafür kam es jedoch zu heftigen verbalen Schusswechseln. Massenimpfungen gegen Pocken, Typhus und andere Krankheiten seien schuld am Tod von Tausenden von Soldaten, so die Impfgegner. Die Impfungen seien ein Segen für die Menschheit, hielten die Impfbefürworter dagegen. Beide Seiten warfen sich gegenseitig vor, die Kampfkraft der Armee, die sich auf den Einsatz in Europa vorbereitete, zu schwächen und dadurch vor allem dem Kriegsgegner zu helfen.

Wie die New York Times am 9. April 1918 meldete, hatte der Abgeordnete Charles F. Reavis aus Nebraska am Vortag im Repräsentantenhaus einen von der „Nationalen Föderation der Tierversuchsgegner“ heraus-

gegebenen Rundbrief verlesen, in dem u. a. die Behauptung aufgestellt wurde, „Tausende von amerikanischen Soldaten“ seien durch Massimpfungen, insbesondere gegen Typhus, ums Leben gekommen. In der New York Times vom 9. April 1918 heißt es:

„Nach der Verlesung des Rundbriefes vor dem Plenum gab er bekannt, dass er diesen mit der Empfehlung an das Justizministerium geschickt habe, Maßnahmen gegen die Föderation zu ergreifen. Der Rundbrief, der an Kongressabgeordnete und andere Personen verschickt worden war, beinhaltete folgende, von Mr. Reavis beanstandete Behauptung: ‚Der tausendfache Tod, der unseren Soldaten und Seeleuten bewusst zugefügt wurde, hat die Grenze zum Skandal überschritten. Es ist zu einer Tragödie geworden.‘

Diesem Satz war die Feststellung vorausgegangen, dass die Soldaten in den Armeekasernen geimpft und viel mehr durch diese Impfungen als durch Krankheiten zu Tode gekommen seien. Dieser Satz war das Fazit der gegen Impfungen gerichteten Argumentation der Föderation.

‚Diese Behauptung findet ihren Weg in die Heime der Nation und erzeugt fast unbeschreibliche Angst,‘ sagte Mr. Reavis. ‚Der Regierung wird darin unterstellt, durch die Impfung gegen Typhus und andere Krankheiten Tausende von Soldaten in den Kasernen umzubringen.‘ ‚Ich weiß von keinem einzigen Armeelager in den Vereinigten Staaten von heute, in denen die Jungs nicht die allersorgfältigste Behandlung erfahren und unwahre Behauptungen dieser Art sind gerade heute, wo wir zusätzliche Einberufungen benötigen, absolut unpatriotisch und fast landesverräterisch in ihren Auswirkungen.‘

‚Ich beabsichtige das Dokument in die Hände des Justizministeriums zu legen, um ihm die Gelegenheit zu geben, diese sogenannte Föderation zu untersuchen und aufzuhalten, da man sie unverzüglich stoppen muss.‘

Aus dem „unverzüglichen Stoppen“ der Impfkritiker wurde es jedoch offensichtlich nichts. Es kam noch nicht einmal zu einer Untersuchung. Zumindest findet sich in den im Internet verfügbaren Zeitungsarchiven kein entsprechender Hinweis.⁴⁴ Der öffentlich gemachte Vorwurf, Massimpfungen der Armee hätten tausende Todesopfer gekostet, blieb also ungeklärt im Raum stehen. Dies könnte man durchaus als stilles Eingee-

ständnis interpretieren. Der umstrittene Rundbrief stellte den Höhepunkt der Aktivitäten der Tierversuchsgegner dar, für die der Widerstand gegen Impfungen eine logische Konsequenz ihrer kritischen Haltung gegenüber Tierversuchen war: Impfforschungen kamen schon damals nicht ohne Tierversuche aus.

Beide Seiten, sowohl die Impfbefürworter als auch die Impfgegner, sahen sich selbst als wahre Patrioten und unterstellten der Gegenseite ein für die Nation schädliches Verhalten. Die Fronten verhärteten sich, der Ton wurde rüder, es ging zum großen Teil nicht mehr um die rein sachliche Frage, um Nutzen und Risiken von Impfstoffen. Die New York Times bezeichnete die Leiter der Nationalen Föderation der Tierversuchsgegner sogar als „Hohepriester“ dieser „abscheulichen Organisation“.⁴⁵

Bereits im Januar 1918 wurde der Föderation von der Washington Post vorgeworfen, dem Deutschen Kaiser, also dem Kriegsfeind, in die Hände zu arbeiten.⁴⁶ Der Streit entzündete sich damals am amerikanischen Roten Kreuz, das 100.000 Dollar seines auf Spenden basierenden Budgets für medizinische Forschungen der US-Armee in Frankreich zur Verfügung stellen wollte. Die Kritiker der Föderation befürchteten, dass ein Teil dieses Geldes Tierversuchen zugute kommen würde. Sie argumentierten, dies sei gar nicht notwendig, da bereits über zwei Millionen Dollar der Rockefeller Stiftung auf Abruf bereit stünden.⁴⁷ Diese Stiftung war bereits damals führend bei der Entwicklung und Forschung von Impfstoffen und ein vehementer Verteidiger von Tierversuchen. Die Kampagne der Föderation schlug derartige Wellen, dass sich das Rote Kreuz nach Monaten der öffentlichen Diskussion genötigt sah, diese Finanzentscheidung wieder zurückzunehmen.⁴⁸

Ebenfalls im Januar 1918 schickte die Föderation einen Brief an den Abgeordneten des Repräsentantenhauses Warren Gard und den Senator George E. Chamberlain. Gard, durch den Todesfall eines Offiziers aufgeschreckt, hatte zuvor in einer Resolution aussagekräftige Berichte über den Gesundheitszustand, die Ausrüstung und medizinische Versorgung in den Armeelagern gefordert.⁴⁹ Chamberlain, ein Parteifreund des amtierenden Präsidenten Wilson, kritisierte das Kriegsministerium für zahlreiche Mängel und Nachlässigkeiten, die u. a. zu Epidemien und Todesfällen unter den Soldaten geführt hatten.⁵⁰ In ihren Briefen wiesen die Kritiker auf die „ausnahmslosen und wiederholten“ Impfungen hin, die ihrer Ansicht nach „das Blut vergifteten“ und die wahre Erklärung für Krankheiten und Tod in den Lagern darstellten. In einigen Beispielen zeigten sie das Untypische der Symptome auf, die bei den Erkrankten aufgetreten waren.

Der amerikanische Sanitätsinspekteur Gorgas solle, so die Aufforderung der Föderation, das Problem nicht den Quartiermeistern oder den technischen Abteilungen in die Schuhe schieben, sondern der Tatsache ins Auge sehen, dass seine Ärzte die Ursache eines Großteils des Problems seien.⁵¹ Die auf Tierversuche basierende Herstellung von Impfstoffen sei, so heißt es weiter, zu einem Geschäft geworden. Wer aus Ignoranz, Angst oder Ständesdünkel auf Impfungen bestünde, helfe in Wahrheit dem Feind.

Ende Januar 1918 verschickte die Föderation einen Rundbrief an Präsident Wilson, seine Minister, die Richter des obersten Gerichts, die Senatoren und Abgeordneten des Repräsentantenhauses, alle Presseniederlassungen in Washington, an die Gouverneure, die Bischöfe, weitere 150 Gesellschaften, die Mitglieder der Bewegung der Tierversuchgegner, 850 bedeutende Persönlichkeiten und bis zu 1000 Redaktionen. Dadurch wollten sie auf die aus ihrer Sicht wahren Hintergründe für die Förderung von Tierversuchen durch das Rote Kreuz aufmerksam machen.

Über das Thema der Tierversuche hinaus kritisierte die Föderation die

CALLS CIRCULARS "TREASON."

Reavis Denounces Charges That Inoculation Is Killing Soldiers.

A circular sent out by the National Anti-Vivisection Federation, charging that inoculation of American soldiers was causing thousands of deaths in army cantonments, was denounced as treasonable in the House yesterday by Representative Charles F. Reavis. The circular is to be turned over by him to the Department of Justice with the suggestion that it take drastic action against the federation.

„US-Abgeordneter bezichtigt Impfgegner des Landesverrats.“ Quelle: Washington Post, 9. April 1918

allgemeine Tendenz, mit aus ihrer Sicht unnötigen medizinischen Leistungen Geschäfte zu machen. Sie beklagten eine zunehmende Dominanz der allopathischen Medizin gegenüber bewährten Methoden der Naturheilkunde.⁵²

Der Widerstand gegen Impfungen im Allgemeinen und die Pocken- und Typhusimpfung im Besondern war breit und bundesweit. Im März 1918 konnte der Stadtrat von Indianapolis, der Hauptstadt des Bundesstaates Indiana, einen Impferlass gegen Pocken nicht umsetzen. Zahlreiche Impfgegner hatten mit dem Gang vor Gericht gedroht.⁵³

Auch in Arizona stießen Anordnungen zu Pocken-Zwangsimpfungen nicht nur unter der Bevölkerung auf heftige Gegenwehr, sondern auch bei den lokalen Behörden: Z. B. wies der Schulrat der Stadt Phönix seine Untergebenen an, jeden Arzt, der Anstalten machte, das Schulgelände zu betreten, umgehend durch die Polizei entfernen zu lassen.⁵⁴ Im Juli kam es sogar zu einem Referendum gegen den Zwangsimpferlass des Gesundheitsministeriums dieses Bundesstaates.⁵⁵ In Chicago leistete ein großer Teil der Geschäftsleute der Anweisung, alle Angestellten zu impfen, trotz der Drohung von Zwangschließungen keine Folge.⁵⁶

In Alton im Bundesstaat Illinois, kam es wegen Verweigerung einer Pockenimpfung zu Hunderten von Unterrichtsausschlüssen,⁵⁷ ebenso in St. Louis im Bundesstaat Montana.⁵⁸ In Alexandria im Bundesstaat Virginia hatten im Juli 1918 nur 800 von 25.000 Einwohnern das Angebot einer kostenlosen Impfung gegen den allseits gefürchteten Typhus angenommen und waren damit ihrer „patriotischen Pflicht“ nachgekommen.⁵⁹ Im Bundesstaat Massachusetts formierten sich die Impfgegner landesweit, um die Herausgabe von wichtigen medizinischen und statistischen Daten zu fordern, die ihrer Ansicht nach für eine unabhängige und objektive Analyse der Impfkomplicationen notwendig seien.⁶⁰

In den USA des Jahres 1918 gab es also eine äußerst kontrovers geführte Impfdiskussion, der sich so gut wie kein Bürger entziehen konnte. Doch dieser „Impf-Bürgerkrieg“ wird weder in der aktuellen Literatur über die Spanische Grippe noch in Abhandlungen zur Geschichte der Impfstoffe erwähnt.

Das Ausmaß der Impfungen in den USA im Jahr 1918

Selbst den meisten Fachleuten ist nicht bewusst, dass es 1918 in den USA neben der Pockenimpfung eine ganze Reihe von weiteren Impfungen gegeben hatte, die an der Bevölkerung, insbesondere den Soldaten und oft zwangsweise, vorgenommen wurden. In dem bereits er-

wähnten offenen Brief der Nationalen Föderation der Tierversuchsgegner an Politiker und Presse im Februar des Jahres 1918 war von bis zu 20 Impfungen bzw. Injektionen die Rede, die Rekruten der US-Armee erhalten haben sollen.⁶¹ Laut einem Artikel im Irish Examiner aus dem Jahr 2003 wurden ihnen sogar bis zu 25 Injektionen verabreicht.⁶²

Ein Offizier aus Massachusetts berichtete, sein Regiment habe einmal sechs Impfungen an einem Tag erhalten.⁶³ Welche Impfungen das im Einzelnen genau waren, ist nicht mit Sicherheit nachvollziehbar. Die Suche wird auch dadurch erschwert, dass die Begriffe „Vaccine“, „Serum“ und „Antitoxin“ in zeitgenössischen Zeitungsmeldungen sehr oft durcheinander geworfen wurden. Deshalb ist es in vielen Fällen unklar, ob es sich jeweils um Aktiv- oder Passiv-Impfstoffe gehandelt hatte.

Nachfolgend eine kleine, keine Vollständigkeit beanspruchende, Historie der Impfstoffe bis 1918:

Impfstoffhistorie bis 1918

1796: Pocken-Impfung

Edward Jenner macht seine ersten Versuche mit dem Impfstoff gegen Pocken.

1801: Erste Zwangsmassenimpfung gegen Pocken

Napoleon läßt zwangsweise seine Soldaten impfen. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten verbreiten sich die Zwangsimpfungen über immer mehr Nationen, Nationalstaaten, darunter auch die deutschen Nationalstaaten.

1884: Cholera-Impfstoff

Der erste Impfstoff gegen Cholera wird von Ferran in Spanien an Tausenden von Menschen verabreicht.⁶⁴ Im Jahre 1894 zieht der Russe Haffkine in Indien nach⁶⁵, nochmals zwei Jahre später der Deutsche Wilhelm Kolle, ein Schüler von Robert Koch.⁶⁶

1885: Tollwut-Impfung

Pasteur, größter Konkurrent Kochs, setzt erstmals die Tollwut-Impfung beim Menschen ein.⁶⁷

1892: Diphtherie-Antitoxin

Der Deutsche Emil Behring beginnt mit der Produktion von Diphtherie-Antitoxin, also einem Passiv-Impfstoff auf der Grundlage von Tierblut.⁶⁸

GORGAS IS BERATED FOR INOCULATIONS

**Soldiers Are Poisoned,
Antivivisectionists
Say in Letters.**

Surgeon General Gorgas and army surgeons are berated for permitting inoculation of men with antityphoid and other serums in communications to Senator Chamberlain and Representative Gard by the National Antivivisection Federation.

"The inefficient and noneffective feature of the War Department," it is set forth, "is its staff of medical men who are persistently and under rules of compulsion poisoning the blood of every soldier by injecting, into them repeated doses of disease-inducing germs. Surgeon General Gorgas should look within and not try to fasten the fault upon the quartermaster and engineering departments. He charges them with

1894: Pest-Impfstoff

Haffkine setzt erstmals einen Impfstoff gegen die Pest ein (ebenefalls in Indien).⁶⁹

1896: Typhus-Impfstoff

Der Engländer Wright und die Deutschen Pfeiffer und Kolle entwickeln aus abgetöteten Erregern einen Impfstoff gegen Typhus.⁷⁰

1896: Tetanus-Antitoxin

Hoechst, Behring und Ehrlich starten in Deutschland die Produktion von Tetanus-Antitoxin zur Behandlung von Tetanus-Erkrankten.⁷¹

1905: Typhus-Impfung wird auf freiwilliger Basis in der Britischen Armee eingeführt.⁷²

1911: Typhus-Impfung, wird zur Pflichtimpfung in der US-Armee

Die US-Armee schickt 1909 einen Militärarzt, Major Russel, nach Europa, um sich dort ein Bild von der Typhus-Impfung zu machen. Nach seiner Rückkehr werden in den USA die ersten 1.400 Freiwilligen geimpft.⁷³ Das Ergebnis wird als Erfolg angesehen und so impft man 1910 weitere 4.000 Soldaten. Die US-Armee ist danach voll von der Wirksamkeit der Typhus-Impfung überzeugt und empfiehlt, sie zur Pflichtimpfung zu machen.⁷⁴ Ab 1911 ist die Typhus-Impfung in der US-Armee obligatorisch.⁷⁵ Üblicherweise besteht sie aus 3 Injektionen.⁷⁶

1911: Meningitis-„Serum“

Die Rockefeller-Stiftung erklärt ihr neu entwickeltes „Meningitis-Serum“ zum Erfolg. Vermutlich handelt es sich um einen Passiv-Impfstoff.⁷⁷

1914: Keuchhusten-Impfung

1914 wird in den USA die Keuchhustenimpfung lizenziert.⁷⁸ Im Oktober 1917 propagiert in New Orleans ein gewisser Dr. Charles J. Boom die Anwendung einer Behandlung mit einer „Vakzine“ gegen Keuchhusten und darüber hinaus auch im großen Rahmen als Vorsorge. In dem entsprechenden Artikel der New York Times ist davon die Rede, dass Boom mehrere „Vakzine“ zusammengemischt habe, die anderen Bestandteile werden jedoch nicht namentlich erwähnt.⁷⁹

Abb. links: Der amerikanische Sanitätsinspekteur Gorgas wird von Tierversuchsgegnern öffentlich wegen Massenimpfungen von US-Soldaten „beschimpft“ (Washington Post, 3. Febr. 1918)

1914: Typhus-Impfung, wird innerhalb der französischen Armee zur Pflicht

Kurz vor Beginn des ersten Weltkriegs wird die Typhus-Impfung zur Pflicht in der französischen Armee,⁸⁰ wegen der hohen Komplikationsrate wird sie jedoch auf bis zu 4 Injektionen verteilt.⁸¹

1915: Typhus-Impfung, wird bei der deutschen Armee zur Pflicht.⁸²

1917: Massenproduktion in New York von „Vakzinen“ gegen Typhus, Pocken und Tetanus.

In den Labors der New Yorker Gesundheitsbehörde im Willard Parker Hospital beginnt 1917 eine Massenproduktion von „Vakzinen“ gegen Typhus, Pocken und Tetanus. Die Produktionskapazität reichte angeblich aus, in kürzester Zeit genügend „Serum“ für Hunderttausende von Soldaten herzustellen.

1917: „Pneumonie-Serum“

Zur gleichen Zeit gibt es das erste „Pneumonie-Serum“.⁸³ Auch hier ist es unklar, inwieweit es sich um einen Passiv- oder Aktiv-Impfstoff gehandelt hat, also für Massenimpfungen geeignet war.

1917: Produktion von „Serum“ gegen Meningitis, Pneumonie und Ruhr

Im ersten Bericht der Rockefeller Stiftung für das Jahr 1917 ist von der Produktion von Seren gegen Meningitis, Pneumonie und Ruhr die Rede. Da es sich um geringe Mengen handelte (3000 Dosen), waren es vermutlich Passiv-Impfstoffe zur Behandlung von Erkrankungen.⁸⁴ Zahlreichen Quellen zufolge wurde die Pockenimpfung in den verschiedensten US-Bundesstaaten mit unterschiedlichem gesetzlichen und behördlichen Nachdruck ausgeweitet.

1918: März: Massenimpfungen gegen Diphtherie

In Providence, Bundesstaat Rhode Island, werden alle Kinder und deren Familienangehörige, bei denen der sog. „Shick-Test“ (ein Hauttest) positiv verläuft, gegen Diphtherie geimpft. Es bestehen Pläne, diese Aktion auch auf Vorschulkinder auszuweiten.⁸⁵

1918: März: Impfung gegen Fünftagesfieber

Erster, angeblich erfolgreicher, Impfversuch an 72 US-Soldaten gegen das sog. „Fünftagesfieber“ („Wolhynisches Fieber“), das unter den Alliierten seit Kriegsbeginn Tausende von Opfern gekostet hatte.⁸⁶

1918: März: Impfstudie „cerebro spinal meningitis“

Am 10. März startet das US-Gesundheitsministerium eine große

Feldstudie „insbesondere in der Nähe der Armeelager“, um herauszufinden, ob das Serum zur Behandlung der „cerebro spinal meningitis“ sich auch zur Prävention dieser Erkrankung eignet.⁸⁷

1918: März: Erste Welle der Spanischen Grippe beginnt

Mehreren Quellen zufolge begann die Spanische Grippe in den USA im März, es wurde eine vermehrte Häufung von Influenzafällen gemeldet, z. B. in Fort Riley in Kansas und in Fort Dix.⁸⁸

1918: Juni: Typhus-Impfung, erstmals kostenlose Impfung für die gesamte Bevölkerung

Im Juni 1918 ordnet US-Gesundheitsminister McAdoo die kostenlose und freiwillige Typhusimpfung für die gesamte Zivilbevölkerung an. Insbesondere in den Zonen rund um die Militärlager soll geimpft werden, um infektiöse Kontakte zwischen Soldaten und Zivilpersonen zu verhindern. Allein in der Stadt „Little Rock“ werden mehr als 15.000 Zivilisten gegen Typhus geimpft.

1918: Oktober: Influenza-Impfstoff

Der möglicherweise erste Impfstoff gegen die Spanische Grippe, die in ihrer zweiten Welle ab September 1918 in den USA tödliche Ernte hielt, wird bereits Anfang Oktober von einem Dr. William H. Park von der Gesundheitsbehörde in New York angekündigt.⁸⁹ Dies ist jedoch nicht der einzige Versuch, die Spanische Grippe durch einen Impfstoff zu bändigen: Prof. E. R. Moras, ein bekannter Ernährungswissenschaftler, zitiert in einem Brief an den amerikanischen Präsidenten eine „Influenza-Kommission von Illinois“, wonach neben dem Influenza-Impfstoff im Osten (vermutlich der von Dr. Park) auch in Minnesota ein gemischter Impfstoff mit Influenza-Bazillen, Streptokokken, Pneumokokken und Staphylokokken zur Anwendung kam und nach Ansicht dieser Kommission sehr gute Ergebnisse gemeldet wurden.³⁰

Welche Impfrisiken waren 1918 bekannt?

Im Jahr 1918 wurden in den USA die Massenimpfungen – zunächst gegen Pocken und Typhus, dann auch gegen andere Krankheiten – stark ausgeweitet. Impfkomplicationen waren alltäglich und oft tödlich. Dennoch wurden sie weder bei den Feldstudien noch während der massenhaften Anwendung systematisch erfasst und ausgewertet, so dass wir bei der Frage, was man damals über Impfrisiken wusste, auf Indizien angewiesen sind.

Pocken-Impfung:

Solange wie es die Pocken-Impfung gibt, gibt es auch Widerstand gegen sie. Zum Teil mag sie einer eher irrationalen Furcht vor dem Neuen entsprungen sein: So meinten wohl manche, Geimpften könnten Kuhhörner wachsen oder sonstige Eigenschaften von Kühen oder Kälbern übertragen werden.⁹⁰

Doch es gab auch von ernst zu nehmender ärztlicher Seite Kritik – die letztlich zur schrittweisen Rücknahme des Impfwangs in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts führte. Die kritische Auseinandersetzung des Arztes Heinrich Friedrich Germann, Leiter der geburtshilflichen Poliklinik in Leipzig, mit der Impffrage füllte bereits 1875 drei ganze Bände.⁹¹ In alten naturheilkundlich orientierten, sowie aktuellen impfkritischen Büchern wird in zahllosen Beispielen beschrieben, wie Geimpfte z. B. an Impf-Pocken erkrankten oder gar starben.⁹² Eine weitere relativ häufig beschriebene Impfkomplication war die Gehirnentzündung (Enzephalitis), die Kopfschmerzen, Fieber, Bewusstseinstörungen, Sehstörungen, Lähmungen, Doppelsehen, Krämpfe oder Bewusstlosigkeit zur Folge haben konnte.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den damals üblichen Impfungen für jeden, der dies wollte, aufgrund vorhandener Publikationen auch möglich war.

Typhus-Impfung:

Der Darmtyphus („Typhus abdominalis“, Symptombeschreibung siehe Glossar) ist vor allem eine Krankheit des Krieges und forderte in erster Linie unter Soldaten ihren Tribut: Die USA hatten 1898 im Krieg gegen Spanien zehnmal mehr Todesopfer durch Typhus als durch Waffengewalt zu beklagen. Im Burenkrieg (1899 - 1902) wurden 400.000 Engländer nach Südafrika verschifft; davon starben 6.425 im Kampf, 11.327 dagegen an Krankheiten; vorwiegend Typhus.⁹³

Der Deutsche Pathologe Ebert fand erstmals 1880 im Zusammenhang mit Typhus eine Bakterie, die er „Bazillus des Abdominaltyphus“ nannte.⁹⁴ Gaffky, einem Schüler von Robert Koch, gelang es vier Jahre später, die Mikrobe in Kulturen zu züchten.⁹⁵ Somit war nun die wichtigste Grundlage für die Herstellung eines Impfstoffs gelegt.

Nachdem der Deutsche Pfeiffer den Engländer Sir Almroth Wright darauf aufmerksam gemacht hatte, dass der Agglutinationstest (vermutlich ist der Widal-Test gemeint) auch auf abgetötete Typhusbakterien ansprach, verabreichte Wright 1896 zwei Sanitätsoffizieren der indischen

Armee in zweiwöchigem Abstand drei Dosen seines gerade entwickelten Impfstoffs. Einer der Soldaten nahm später „wilde Typhusbazillen“ ein, ohne zu erkranken. Was mit der zweiten Versuchsperson geschah, wird nicht berichtet.

Als mögliche Impffolge beschreibt Wright „serous haemorrhages with conditions of defective blood-coagulability“, also Blutungen in Verbindung mit Blutgerinnungsstörungen, die er, seiner Veröffentlichung im Fachjournal „Lancet“ zufolge, erfolgreich oral mit Chlorcalcium behandelte.⁹⁶ Die Deutschen Pfeiffer und Kolle zogen noch im gleichen Jahr mit zwei Testimpfungen am Menschen nach. 1897 erhielten 18 Versuchspersonen den Impfstoff von Wright, später 2.835 Freiwillige der indischen Armee und 1898 etwa 4.000.⁹⁷ Beide Impfstoffe enthielten durch Hitze und Phenol abgetötete Typhus-Erreger.

Nebenwirkungen und Kritik an der Typhusimpfung

„Vaccines“ schreibt zum Thema Nebenwirkungen:

„Obwohl lokale und allgemeine Nebenwirkungen häufig waren, wurden die Ergebnisse als ausreichende Ermutigung angesehen, die Truppen zu impfen, die sich nach Südafrika für den Burenkrieg einschiffen.“⁹⁸

1898 bis 1902 belieferte Wright die englische Armee mit 400.000 Dosen für die englischen Truppen in Südafrika. Doch innerhalb der Truppen kam es wegen Impfkomplicationen, deren Art und Schwere nicht genauer beschrieben wird, zu einem heftigem Widerstand. Nur ein Teil der Soldaten nahm die angebotene Impfung an. Bei der Anzahl der Geimpften sind die Quellen nicht eindeutig, berichtet wird von 10.000, 14.000 oder 19.000 geimpften Personen bzw. von 100.000 verabreichten Injektionen.⁹⁹

Laut „Vaccines“ sollen sich „einflussreiche Personen“ gegen Wright und die Typhus-Impfung verschworen haben. Die Opposition erreichte ihren Höhepunkt, als im Hafen von Southampton ganze Lieferungen über Bord geworfen wurden. Auch Stefan Winkle geht in seiner als Standardwerk geltenden „Kulturgeschichte der Seuchen“ relativ schnell über die negativen Folgen der Impfungen hinweg und erklärt den Widerstand gegen die Impfung anhand einer Anekdote für unbegründet:

„Als in den Feldlazaretten die an Typhus erkrankten Leute gefragt wurden, ob sie geimpft seien, bekamen sie Angst, wegen einer Unterlassung bestraft zu werden, und erwiderten durchweg: ‚Ja‘. Es wurde sogar berichtet, dass ein Sanitätsfeldwebel die Typhus-

kranken in seine Listen als geimpft eintrug. ‚Dass sie den Typhus haben‘, sagte er, ‚beweist doch, dass sie geimpft worden sind.‘ Wright war so wütend über das Vorgehen des Militärs, dass er seinen Dienst in der Army Medical School quittierte.“¹⁰⁰

Im Grunde widersprechen sich die oben zitierten Autoren selbst, wenn sie auf der einen Seite von enormen Impfreaktionen sprechen, den Widerstand gegen diese Impfung jedoch als Zeichen einer Verschwörung und der Ignoranz des Sanitätspersonals darstellen, anstatt den Mangel an exakten Daten über die Impfkomplicationen zu thematisieren. Und: Warum sollten sich Soldaten aus Angst als geimpft ausgeben, wenn doch die Impfung freiwillig war und im Grunde noch im Experimentierstadium stand? Die Impfungen innerhalb der britischen Armee wurden aufgrund der Proteste zunächst ausgesetzt. Die 58.000 Typhus-Kranken und 9.000 Toten unter den Briten in Südafrika seien, so folgert „Vaccines“, die katastrophale Folge dieser Entscheidung gewesen.¹⁰¹

Der Statistik-Streit zwischen Pearson und Wright

Als einer der schwerwiegendsten Kritiker stellte sich der englische Statistikkprofessor Karl Pearson heraus, der vom englischen Kriegsministerium damit beauftragt worden war, die Ergebnisse der Impfungen in Südafrika zu überprüfen. Pearson kam zu dem Schluss, dass die Daten für eine belastbare Aussage nicht ausreichten und weitere Studien nötig seien. Wright ließ dies nicht gelten und es kam im *British Medical Journal* zu einer wahren Artikel-Schlacht zwischen beiden Kontrahenten, in der sich Pearson u. a. über einen „*eklatanten Mangel an exaktem Umgang mit der Statistik in der wissenschaftlichen Medizin*“ beklagte. Wright bezweifelte hingegen die „Unbestechlichkeit“ von Pearsons mathematischen Prinzipien, bekannte jedoch gleichzeitig, dass sie jenseits seines intellektuellen Horizonts lägen. Außerdem versteckte sich die zuständige Untersuchungskommission des Militärs „hinter den Rücken“ von Pearson.¹⁰²

Sich den mathematischen Ansprüchen von Pearson zu stellen, kam für Wright nicht in Frage. Am 7. Sept. 1902 erschien in der *New York Times* ein Artikel über den angeblich erfolgreichen Einsatz seines Impfstoffs.¹⁰³ Dies führte dazu, dass sich die Herausgeber des *British Medical Journal* hinter Pearson stellten und die Veröffentlichung in einer Zeitung „mit solch einem Einfluss wie der *New York Times*“ als einen Versuch verurteilten, dem Kriegsministerium und der Armee eine Methode aufzuzwingen, die nach „*Wrights eigenem Bekunden noch Jahre zu ihrer*

*Vervollkommnung benötige und die Möglichkeit ernsthaften Unheils in sich berge“.*¹⁰⁴

Wie diese Kontroverse ausgegangen ist, lesen wir im „Vaccines“:

„Schließlich initiierte der Kriegsausschuss eine breit angelegte Studie, die eine überwältigende Effektivität des Impfstoffs aufzeigte.“

Fragwürdige Impfversuche

Vermutlich ist damit jene Studie gemeint, über die in der New York Times vom 5. Juni 1910 berichtet wird. Sie wurde in 16 englischen Regimentern durchgeführt, die nach Indien abkommandiert worden waren. Jedes Regiment hatte einen speziell ausgebildeten Sanitätsoffizier zugeordnet bekommen, der Freiwillige untersuchte, impfte und den weiteren Gesundheitsverlauf beobachtete. In diesen Regimentern seien 5.473 Soldaten geimpft und 6.610 nicht geimpft worden. Unter den Geimpften habe es 21 Typhusfälle und 2 Tote gegeben und unter den Ungeimpften 187 Erkrankungen und 26 Todesfälle. Somit sei durch die Impfung die Todesrate je 1.000 Soldaten von 3,93 auf 0,36, also auf weniger als einem Zehntel gesenkt worden.¹⁰⁵

Eine Aussage zu Art und Umfang von Impfkomplicationen machte der besagte Artikel leider ebenfalls nicht. Wie aussagekräftig das Ergebnis wirklich war, ist schwer zu beurteilen. Es fehlt z. B. ein Gesamt-Vergleich bei Hospitalaufenthalten und Todesfällen zwischen den Geimpften und Ungeimpften, um eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung der Diagnose durch das Wissen um den Impfstatus auszuschließen: Typhus konnte je nach Umständen durchaus auch mit Malaria, besonderen Formen der Tuberkulose, Influenza, verschiedenen bakteriellen Infektionen, Pest, Hirnentzündung, Masern, Meningitis oder Diarrhoe verwechselt werden. Welche Diagnose wurde von den Ärzten gestellt, wenn zwei Krankheiten zur Auswahl standen und der Patient gegen die eine davon, nämlich Typhus, zuvor geimpft worden war?

Dass man das Ausmaß der Impfkomplicationen bei diesen Feldtests überhaupt statistisch erfasst hatte, ist fraglich. Das Hauptaugenmerk der Ärzte lag offenkundig bei der Verminderung der damals noch erschreckenden Todesrate der impfbaren Krankheiten. Einen echten Statistiker hatte man nach den Erfahrungen mit Prof. Pearson sicherlich nicht zu Rate gezogen, und Doppelblindstudien, die eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung von Studienergebnissen verhindern, wurden erst sehr viel später zum wissenschaftlichen Standard (zumindest soweit es

sich nicht um Impfungen handelte. Hier sind bis heute vergleichende Studien, angeblich aus „ethischen Gründen“, nicht üblich). Die Studie wurde jedenfalls von der britischen Armeeleitung als Erfolg gewertet und die Typhusimpfung innerhalb der britischen Armee zu einer Routineimpfung auf freiwilliger Basis.¹⁰⁶

Die deutsche Armee führte in Südwestafrika ebenfalls eine Impfstudie durch. Bei 8.000 Geimpften gab es 51 Erkrankte und 3 Tote auf 1000 Soldaten, bei den Ungeimpften waren es 98 Erkrankte und 13 Tote. Auch hier stellt sich die Frage nach dem grundsätzlichen Vergleich von Hospitalaufenthalt und Todesfällen zwischen Geimpften und Ungeimpften und inwieweit das Wissen um den Impfstatus die Diagnose und das Erkennen von Impfkomplicationen beeinflusst hatte.

In den USA erlebte die Typhusimpfung einen wahren Siegeszug. Im Sommer des Jahres 1908 schickte die US-Armee Major Russel, einen Armeearzt, nach Europa, um dort Erfahrungen mit der Typhusimpfung zu sammeln. Er sprach sich nach seiner Rückkehr uneingeschränkt für die Impfung aus und so begann die US-Armee im Februar 1909 mit der Impfung von 1.400 Freiwilligen.¹⁰⁷ Unter diesen gab es nur einen Typhusfall. Jedoch bleibt auch hier die Frage nach den Umständen der Diagnostik unbeantwortet.

Im Folgejahr wurden weitere 4.000 Soldaten geimpft und danach war die US-Armee vollends von der Wirksamkeit der Typhus-Impfung überzeugt.¹⁰⁸ Sie wurde 1911 für alle Rekruten der US-Armee obligatorisch.

Doch es blieben warnende Stimmen. Oberstleutnant Charles E. Woodruff, ein Sanitätsarzt mit weltweitem Ruf, der lange Zeit auf den Philippinen tätig gewesen war, berichtete 1914 bei einem Vortrag vor Ärzten der Medizinischen Akademie in New York von der Beobachtung, dass Typhus-Ausbrüche regelmäßig Tuberkuloseausbrüche nach sich zogen (womit wir wieder eine Querverbindung zu den Symptomen der Spanischen Grippe haben). Weltweite Daten hätten gezeigt, dass die Erkrankungshäufigkeit bei Typhus und der Tuberkulose in der Regel parallel verliefen. Während die Typhusrate seit den Impfungen statistisch gesunken sei, habe sich jedoch die Tuberkulosehäufigkeit laut einer Statistik des amerikanischen Sanitätsinspektors nicht verändert.

Die New York Times zitierte in ihrem betreffenden Bericht den Arzt Dr. Robert Colement Kemp, der sich mit der Veröffentlichung von Woodruff auseinandergesetzt und die Meinung vertreten habe, dass die Tuberkuloserate gleichbleibend hoch geblieben sei. Woodruff äußerte in seinem Vortrag die Vermutung, dass Typhus die Widerstandskraft gegen Tuberkulose schwäche.

Des Weiteren zitierte Woodruff die Beobachtungen anderer Ärzte, wonach die Typhus-Impfung jede andere latente (verborgene) oder chronische Krankheit, insbesondere Tuberkulose quasi aktivieren könne.

Während des Vortrags kam heftiger Widerspruch von Major Russel, der die Zahlen Woodruffs anzweifelte. Woodruff konterte, indem er weitere Ärzte aus Europa und den USA zitierte, die seine Theorie untermauerten.¹⁰⁹

Im Jahr 1914 begannen die Pflichtimpfungen innerhalb der französischen Armee. In wässriger Lösung wurden abgeschwächte Typhuserreger verimpft. Um die Typhusrate von 1 % auf angebliche 0,01 % zu senken, wurden erhebliche Risiken in Kauf genommen: Da die Impfreaktionen zu heftig waren, wurde die Impfung je nach Konstitution des Impflings auf bis zu 4 Teilimpfungen aufgeteilt.

Dennoch mussten immer noch 75 % aller frisch Geimpften krank geschrieben und bis zu mehreren Wochen vom Dienst befreit werden. Die Impffolgen äußerten sich u. a. in entsetzlichen Schmerzen, Schwellung des Impfarmes und hohem Fieber. Die Anzahl der Todesfälle wird nicht erwähnt.¹¹⁰

Epidemien in Militärcamps in Wahrheit eine Impffolge?

Im April 1917 erklärte die USA dem Deutschen Reich den Krieg. Das hatte Aufrüstung und die Mobilisierung von Wehrpflichtigen zur Folge, die in spezielle Ausbildungscamps eingezogen – und geimpft – wurden. Im Dez. 1917 brach in Camp Bowie eine Epidemie aus. In den Hospitälern lagen zeitweise 8.000 Kranke, es gab „viele Tote“.¹¹¹ Für die Nationale Föderation der Tierversuchsgegner waren daran in erster Linie die Impfungen schuld. Die offiziellen Stellen widersprachen dem jedoch.

Im Januar 1918 führte Frankreich einen neuen, auf einer öligen bzw. fettigen Lösung basierenden Typhus-Impfstoff des französischen Marinarztes Dr. Le Moignic ein, der die Komplikationsrate reduzieren sollte – ein weiterer Hinweis, dass bereits vorher die Komplikationen sehr häufig gewesen sein müssen. Laut Moignic basierte die verminderte Komplikationsrate darauf, dass sich die Bazillen nicht mehr so schnell wie vorher im Organismus verteilen konnten.¹¹² Ein Auszug aus den Protestschreiben der Impfgegner vom Februar 1918:

„In einem einzigen kleinen Armeelager in New Hampshire gab es im Sommer und bei bestem Wetter innerhalb von 5 Tagen nach Impfkationen als „Hitze-Kollaps“ deklarierte Tote. Im Winter änderte sich der Name auf „Meningitis“ oder „Pneumonie“. Die Ursache

blieb die Gleiche. In einem anderen Armeelager im Mittleren Westen wurden 500 Erkrankte unter 2.500 Soldaten gemeldet, 20 Prozent oder ein Fünftel der Gesamtheit. Camp Devens beschwerte sich über unzureichende Krankenunterkünfte für Hunderte von erkrankten Männern, als die Impfungen auf ihrem Höhepunkt waren. Wir haben ähnliche Berichte von allen Soldaten- und Marinekasernen. Entsprechend dem kürzlichen Bericht eines Leutnants aus Massachusetts erhielt sein Regiment 6 Injektionen an einem einzigen Tag und die Männer fielen wie tot um, während sie versuchten, zu ihren Betten zu kommen. Nicht nur Einige, sondern Viele starben. Aus einem Zug, der aus Ostkansas kam, berichtete ein Mann 8 tote Soldaten – diese Männer waren vor der Impfung noch bärenstarke Soldaten aus Kansas gewesen.“¹¹³

Als Vorsorge gegen die Ausbreitung der sogenannten Influenza in Camp Grant, Illinois, habe der zuständige Lagerarzt, Oberstleutnant George B. Lake, vor einiger Zeit angeordnet, die Impfungen, die als erklärte Vorsorge gegen Typhus eingesetzt wurden, so lange auszusetzen, bis die erstgenannten Erkrankungen verschwunden seien.

„Wie es heißt, zeigen die Statistiken der Epidemie, dass die Fälle von Influenza und Pneumonie in jenen Einheiten in größerer Zahl erschienen, in denen die Männer nur wenige Tage vorher geimpft worden waren. Wie berichtet wurde, hatten die medizinischen Beobachtungen den Verantwortlichen gezeigt, dass die Vitalität und Widerstandskraft eines Mannes nach der Impfung vorübergehend gesenkt wurden.“¹¹⁴

Massenimpfungen nicht nur in der US-Armee

Während 1918 innerhalb der US-Armee verschiedene Impfungen zwangsweise durchgeführt wurden, war die Lage im zivilen Bereich eher uneinheitlich und von Bundesstaat zu Bundesstaat, ja oft sogar von Stadt zu Stadt verschieden. Nachfolgend einige Beispiele, mit welchen Methoden die Behörden in der Praxis voringen:

In manchen Bundesstaaten, z.B. in Arizona, wurden Pocken-Zwangsimpfungen von Kindern per Gesetz beschlossen. Wie ein Leser des „Christian Science Monitor“ berichtete, wurde eine Verweigerung oder Behinderung der Impfung mit 10 bis 50 Dollar oder bis zu 30 Tagen Haft bestraft. Handelte es sich bei der betreffenden Person um einen Arzt, so war ihm die Lizenz zu entziehen.¹¹⁵

In Alton, Illinois, wurde allen Schulkindern eine Karte mit drei Fragen

mitgegeben, die ihre Eltern beantworten sollten: „Wurden die Kinder geimpft?“, „Werden die Eltern ihre Kinder impfen lassen?“ und „Wurde die Impfung verweigert?“

Eltern von über 400 Kindern verweigerten die Impfung, was ein beträchtlicher Prozentsatz war. Nun ging man nicht nur dazu über, ungeimpfte Kinder vom Unterricht auszuschließen, sondern darüber hinaus auch solchen Kindern, die aus Überzeugung ungeimpft blieben, jegliche Unterstützung für das Nachholen des verlorenen Unterrichts zu verweigern, so dass sie den Anschluss an Altersgenossen sehr leicht verlieren konnten. Etliche überzeugte Impfgegner ließen daraufhin ihre Kinder dann doch noch impfen.¹¹⁶

Eine Osteopathin beklagte in einem Leserbrief an den *Christian Science Monitor*, mit dem Beginn des neuen Schuljahres im August 1918 sei das Auftreten der Gesundheitsbehörden stärker und tyrannischer als je zuvor geworden. Des Weiteren beschrieb sie ihre Beobachtung, dass den Kindern in der Schule in Verbindung mit den Impfungen Angst vor vielerlei Krankheiten eingetrichtert werde. Während der Zeit, als sie selbst noch in der Ausbildung zur Osteopathin gewesen sei, hätten die Professoren noch offen darüber gesprochen, dass die Impfhypothese unbewiesen sei. Inzwischen spreche man nicht mehr darüber.¹¹⁷

Ein anderer Leserbrief beschreibt eine dreistufige Strategie der Behörden, mit welcher versucht wurde, den überall aufbrandenden Widerstand in der Bevölkerung zu umgehen:

Im ersten Schritt hätten die Gesundheitsbehörden Sorgen wegen einzelner Erkrankungen in der Kommune geäußert, die sie sich als Ziel vorgenommen hatten. Danach habe der Besuch eines Gesundheitsbeamten vor Ort und die Erklärung einer Epidemie statt gefunden. Im dritten Schritt habe der Stadtrat die Zwangsimpfungen von Schulkindern und Firmenmitarbeitern angeordnet.¹¹⁸

Dem gleichen Bericht zufolge bestanden die Zielgruppen in erster Linie aus stark abhängigen Menschen, nämlich Schulkindern und Angestellten. Unabhängige Erwachsene fielen demnach oft durch das Impfraster.

Sehr viel hing davon ab, ob und wie die kommunalen Behörden und Stadtparlamente die Anordnungen umsetzten. Diese Umsetzung wurde jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt.

In Chicago ordnete der Gesundheitsbeauftragte der Stadt in den Firmen Zwangsimpfungen gegen Pocken an und drohte bei Widerstand mit Firmenschließung. Ungeimpfte Angestellte dürften, so hieß es, ohne rechtliche Konsequenzen entlassen werden. Der Protest der Geschäfts-

leute war enorm: Die Pockenfälle seien vereinzelt und aufgebauscht, die Gefahr für die Stadt sei nicht größer als früher und es gäbe keine rechtliche Grundlage für die Anordnung. Zudem sei die Wirksamkeit der Impfung sehr umstritten.

Der *Christian Science Monitor* hielt in seinem Kommentar die Drohungen der Behörde für einen Bluff, denn es war zum Zeitpunkt des Artikels in keinem Fall zu Zwangsmaßnahmen gekommen.¹¹⁹

In Memphis, Bundesstaat Tennessee, forderten die Gesundheitsbehörden ebenfalls alle Arbeitgeber zur Impfung ihrer Angestellten, insbesondere der Hausbediensteten, auf. Von einer Zwangsimpfung war jedoch zunächst nicht die Rede.¹²⁰

In New York kam es ebenfalls zu Impfungen bei großen Firmen, an denen die meisten Angestellten angeblich freiwillig teilnahmen.

Der Stadtrat von Indianapolis, Hauptstadt des Bundesstaates Indiana, hatte den Gesundheitsbeauftragten der Stadt ermächtigt, Zwangsimpfungen gegen Pocken bei allen Personen ab 6 Jahren anzuordnen, die bisher nicht „erfolgreich“ geimpft worden waren. Zahlreich auftretende Impfgegner drohten in einem solchen Fall mit dem Gang vor Gericht. Bis zum Zeitpunkt des Artikels war es nicht zu Zwangsmaßnahmen gekommen.¹²¹

Eine weitere Methode, die Menschen zur Impfung zu motivieren, war der Appell an ihre Vaterlandsliebe. Als in Alexandria im Bundesstaat Virginia die Impfquote weit hinter den Erwartungen zurücklag, appellierte die *Washington Post* an den Patriotismus: Man sollte sich impfen lassen, damit sich die Soldaten der nahegelegenen Kasernen nicht an der Bevölkerung ansteckten. Die Impfung sei eine patriotische Pflicht für alle Einwohner.¹²²

Forderungen nach statistischen Daten blieben unbeantwortet. Tierversuchs- und Impfgegner, die im Südosten von Massachusetts bereits sehr aktiv gewesen waren, formierten sich im gesamten Bundesstaat als „*Medical Liberty League*“ (MLL). Die MLL beklagte sich vor allem darüber, dass sich ihrer Meinung nach die Impffolgen unter zahlreichen, für Laien unverständlichen Diagnosen verbargen und aufgrund fehlender öffentlich zugänglicher medizinischer Daten kaum nachvollziehbar seien. Sie verlangten von den Gesundheitsbehörden die ihnen vorliegenden Daten über:

Abb. rechte Seite: Influenza wird als Folge der Typhus-Massenimpfungen in US-Kasernen diskutiert (Quelle: Christian Science Monitor, 23. Dezember 1918)

TYPHOID INOCULATION AND THE INFLUENZA

Special to The Christian Science Monitor
from its Western Bureau

ROCKFORD, Illinois — Announcing that the step was being taken as a precautionary one against the spread of the so-called influenza at Camp Grant, Illinois, Lieut.-Col. George B. Lake, camp surgeon, issued an order some time ago that the inoculation that was being practiced as an alleged preventive for typhoid be stopped until the former disability had been wiped out. It was said at the time that statistics of the epidemic indicated that the cases of influenza and pneumonia appeared in larger numbers in those units where the men had been inoculated only a few days previously. Observation had shown the medical authorities, it was reported, that the vitality and power of resistance of a man were temporarily lowered following inoculation.

- Spezifische Krankheiten
- Kinderkrankheiten im Zusammenhang mit dem Impfstatus
- letzte Pockenepidemien
- Prozentsatz der geimpften Personen unter den Kranken
- Prozentsatz der Kinder zwischen 4 und 10, die vom Impfen befreit worden waren
- Anzahl der Schulkinder, die nach Impfungen wegen Krankheit zuhause bleiben mussten

Diese Forderungen hatten in der Regel widersprüchliche Reaktionen, jedenfalls keine die MLL befriedigenden Antworten zur Folge.¹²³ Offensichtlich befürchteten die Behörden, den Impfgegnern mit den Daten Argumente zu liefern.

Die Gründe für die Leugnung eines Zusammenhangs

Ein Zusammenhang zwischen der Spanischen Grippe von 1918 und der zeitgleichen explosionsartigen Ausweitung von Massenimpfungen in den USA und anderen Ländern ist nach Sichtung zahlreicher zeitgenössischer Quellen naheliegend. Die Diskussion der entsprechenden Argumente wurde bereits damals von einer starken Impfgegnerfraktion in die Öffentlichkeit getragen. Wie ist dann die permanente Verharmlosung der Impfrisiken und die Leugnung eines möglichen Zusammenhangs durch Behörden und Ärztestand erklärbar?

Ich denke, wir können als gesichert annehmen, dass das US-Militär die Anweisung hatte, Impfschadensfälle nicht als solche publik zu machen: Die USA hatte dem Deutschen Reich im Frühjahr 1917 den Krieg erklärt und bereitete sich darauf vor, in Europa entscheidend einzuschreiten. Alles, was die eigenen militärischen Stärken oder Schwächen verriet, war unbedingt geheim zu halten. Dazu gehörten auch Informationen über den Gesundheitszustand der Soldaten. Zudem musste ja die erfolgreiche Durchimpfung gesichert werden. So kamen nur einzelne Fälle an die Öffentlichkeit, wie nachfolgendes Beispiel zeigt:

Am 27. Mai 1914 erhielt der Soldat Bellinger (Brooklyn, New York) seine 3. Teilimpfung gegen Typhus und erkrankte so schwer, dass er zur Genesung nach Hause geschickt werden musste. Dieser Fall wurde nur deshalb publik, weil der Taxifahrer, der ihn zum Bahnhof gefahren hatte, sich vor Gericht wegen überhöhter Geschwindigkeit hatte rechtfertigen müssen und eine Bestätigung des behandelnden Arztes zu seiner Verteidigung vorweisen konnte.¹²⁴

General Gorgas, der amerikanische Sanitätsinspekteur, war, wie bereits berichtet, von der Föderation der Tierversuchsgegner vehement öffentlich angegriffen und aufgefordert worden, dem Zusammenhang zwischen Impfungen und zahlreichen Todesfällen innerhalb der Truppen nachzugehen.¹²⁵ Dass es diesen Verdacht eines Zusammenhangs gab, musste ihm also im September 1918 bekannt gewesen sein, nicht zuletzt auch durch Publikationen wie die des bekannten Sanitätsarztes Woodruff. Zu diesem Zeitpunkt schickte er nämlich vier erfahrene Armeeärzte mit einer Sonderaufgabe nach Fort Devens, von wo die tödliche Epidemie, die man später als die zweite Welle der Spanischen Grippe bezeichnen würde, erstmals gemeldet worden war:

„Die vier Ärzte wurden nach Washington beordert, um mit dem amerikanischen Sanitätsinspekteur, Dr. William C. Gorgas, zu sprechen, der in Kuba das Gelbfieber bezwungen hatte. Gorgas rief die Männer in sein Büro, blickte kaum vom Schreibtisch auf, als das illustre Team hereinkam, und sagte: ‚Reisen Sie augenblicklich nach Fort Devens. Da ist die Spanische Grippe ausgebrochen.‘“¹²⁶

Gorgas sagte nicht etwa: *„Dort ist eine Seuche mit bisher nicht gesehenen Symptomen ausgebrochen, bitte klären Sie, worum es sich handelt.“* Er sagte vielmehr: *„Dort ist die Spanische Grippe ausgebrochen.“* So als habe er bereits eine endgültige Ferndiagnose gestellt. Um eine schwere Influenzawelle zu diagnostizieren und mit den üblichen schulmedizinischen Methoden zu behandeln, muss man jedoch nicht extra vier medizinische Koryphäen anfordern.

Warum hat Gorgas so gehandelt? Er war der oberste Militärarzt der US-Armee und somit derjenige, der die Massenimpfungen angeordnet hatte. Im Falle von Impfschäden und Impftoten war er letztlich derjenige, der die Verantwortung dafür trug. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich seiner Verantwortung zu stellen, unter anderem die Vertuschung.

Eine weitere mögliche Erklärung für das Verhalten von Behörden und Ärzten könnte die Hilflosigkeit darstellen, mit der die damalige Medizin vielen tödlichen Krankheiten gegenüberstand. Der Geist der Zeit der vorletzten Jahrhundertwende, die noch frischen Folgen der industriellen und wissenschaftlichen Revolutionen mit all ihren Vor- und Nachteilen, ist für uns, den Menschen des 21. Jahrhunderts, kaum nachvollziehbar. Ein Zeitgenosse von damals, egal ob arm oder reich, ob Arzt oder Laie, würde über die „Epidemien“, die uns heutzutage beunruhigen, nur ein verständnisloses Kopfschütteln übrig haben. Der Tod durch Krankheiten, vor allem der Kinder und verstärkt in Not- und Kriegszeiten, war ein häufiger Gast

in allen Familien. Cholera, Typhus, Ruhr, Diphtherie, Syphilis, Pocken und viele andere Krankheiten hielten, trotz der ersten Errungenschaften der Hygienelehre nach Pettenkofer, Virchow, Semmelweis und anderen trotz des teilweise steigenden Wohlstandes, immer noch reiche Ernte.

Die Impfungen wurden deshalb als rettender Strohalm angesehen, und solange man hoffen konnte, dass ein Impfstoff unter dem Strich mehr Leben rettete als kostete, nahm man notgedrungen die Risiken und Schattenseiten in Kauf – man hatte einfach nichts Besseres. Oder, um die ganzheitlich naturheilkundliche Sicht von den Ursachen vieler Krankheiten zu berücksichtigen, die auch damals bereits viele Anhänger hatte: Man *glaubte*, nichts Besseres zu haben.

Als einen der Gründe, warum Behörden und Militär den Zusammenhang zwischen Impfungen und nachfolgenden Krankheiten nicht wahrhaben wollten, vermutete die *Nationale Föderation der Tierversuchsgegner* den Einfluss des Geldes:

„Wir hören die häufige Erwähnung von Kriegsprofiteuren. Es gibt schon so viele und es ist bedauerlich, noch einen weiteren auf der langen Liste der Namen hinzufügen zu müssen. Die Impfstoffhersteller gehören jedoch sicherlich dazu, obwohl sie in diesem Zusammenhang kaum erwähnt werden. Sind sich die Menschen dieses Landes bewusst, dass Millionen von Dollar in Impfstoff-Fabriken investiert werden und dass sie von der Regierung die Lizenz haben, Krankheiten herzustellen, die in das Blut der Menschen eingebracht werden? Und dass jedes Jahr durch den Verkauf dieser Impfstoffe und Seren Millionengewinne gemacht werden? Ich besuchte eine der kleineren Krankheitsfabriken und mir wurde von der Person, die mich durch die Anlage führte gesagt, dass sie bereits 4 Millionen Impfdosen hergestellt hätten und die Saison erst zur Hälfte vorbei sei. Was sonst als der Profit ist für diese Hersteller von Interesse?“¹²⁷

Der größte nicht-staatliche Hersteller von Impfstoffen war bereits damals der Rockefeller-Konzern. Sein Begründer John D. Rockefeller galt als einer der reichsten Menschen seiner Zeit und war wegen seinen Geschäftsmethoden nicht überall beliebt.¹²⁸ Hans Ruesch beleuchtet in seinem Buch „Die Pharma-Story“ die Entstehung und Zielsetzung der Rockefeller-Stiftung, die eine Schlüsselrolle innerhalb der weltweiten Impfstoff-Forschung einnahm und nach starken politischen Widerständen im Jahre 1913 von der US-Regierung als steuerbegünstigte Stiftung anerkannt worden war:

„Auf diese Weise war der Boden für die ‚Erziehung‘ der amerikanischen Öffentlichkeit vorbereitet, die das Ziel hatte, eine arznei-abhängige Bevölkerung zu schaffen, schon bei Kindern mit Hilfe der Schulen, dann bei Erwachsenen durch direkte Reklame, und endlich durch den Einfluss der Medien, die ihrerseits von ihren Einkünften aus der Werbung abhängig waren.“¹²⁹

Die alternativmedizinischen Autoren Harvey und Marilyn Diamond, von denen das bekannte zweibändige Werk „Fit for Life“ („Fit für's Leben“) stammt, schreiben über die Tätigkeiten Rockefellers:

„Wissen Sie, warum Institute, die Lehrgänge über alternative Medizin anbieten, nicht zugelassen werden? Anfang dieses Jahrhunderts gewährten die Rockefeller- und die Carnegie-Stiftung den medizinischen Hochschulen hochherzige Zuschüsse. Ihr Ziel war es, einen achtbaren, medizinischen Berufsstand für Leute aus der oberen Schicht zu schaffen, ein Stand, dessen Lehrmeinung auf medikamentöser Therapie aufbaut - Zufälligerweise waren die Rockefellers zu diesem Zeitpunkt schon in der Pharmaindustrie tätig. Es gab damals viele verschiedene Richtungen in der Gesundheitsvorsorge.“¹³⁰

Interessanterweise war es ein Bruder von Simon Flexner, dem ersten Direktor der Rockefeller-Stiftung, der den Weg für eine rein auf medikamentöse Behandlung ausgerichtete medizinische Ausbildung bereiten sollte: Abraham Flexner hatte 1910 im Auftrag der Carnegie-Stiftung den sog. „Flexner-Report“ erstellt und darin dem größten Teil der medizinischen Ausbildungsstätten in Kanada und den USA einen „unzureichenden wissenschaftlichen Standard“ bescheinigt, untauglich für Zuschüsse der privaten Carnegie- und Rockefeller-Stiftungen, über deren Vergabe er selbst zu entscheiden hatte.

Nach Auskunft der *Encyclopedia Britannica* verteilte Flexner in Folge 500 Millionen Dollar aus der Rockefeller-Stiftung an die von ihm entsprechend positiv bewerteten Institutionen.¹³¹ Wie die Diamonds in ihrem Zitat andeuten, erhielten in erster Linie jene Schulen, deren Lehrstoff nicht vornehmlich auf medikamentösen Therapien beruhte, von diesem „Report“ eine schlechte Bewertung. Berücksichtigt man den enormen politischen und finanziellen Einfluss der Rockefeller-Stiftung und der mit ihr kooperierenden Institute, war der weitere Weg der Erforschung von Infektionskrankheiten im Grunde vorgezeichnet:

- Forschung ausschließlich auf Basis der geltenden Infektions-hypothese

- Entwicklung, Herstellung und Verkauf von Impfstoffen und Medikamenten zur Bekämpfung von Mikroben
- Die Vernachlässigung anderer möglicher Ursachen und Behandlungsverfahren von Infektionskrankheiten

Diese Entwicklung hatte sicherlich einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Umgang mit Infektionskrankheiten in den USA nach der Jahrhundertwende. Doch reicht sie als alleinige Erklärung für das Impf-Phänomen aus? In alten naturheilkundlichen Büchern, die teilweise weit vor dem 1. Weltkrieg geschrieben wurden und sich kritisch mit der Pockenimpfung auseinandersetzten, die damals bereits seit Jahrzehnten als Pflichtimpfung üblich war, findet sich interessanterweise eine ähnliche Situation wieder: Deutsche Ärzte wie August Theodor Stamm (1881), Hugo Wegener (1912), Heinrich Friedrich Germann (1875) oder der Schweizer Adolf Vogt (1870) mahnen u. a. das Fehlen von unzweifelhaften Beweisen für den Nutzen der Impfung an, oder beklagen Aufbausung von Krankheitsrisiken auf der einen und Verharmlosung von Impfrisiken auf der anderen Seite, sowie Vertuschung von Impfschäden.

Dies kann fairerweise nur schwer dem Gewinnstreben eines Rockefeller, der zu jener Zeit in den USA noch dabei war, sein Imperium aufzubauen, angelastet werden. Will man ihm nicht die Fähigkeit zur weltweiten Massenhypnose unterstellen, dann ist es wohl eher so, dass kluge Geschäftleute wie er bereits vorhandene psychologische und soziale Bedingungen vorfanden, die ihren Interessen entgegenkamen und die sie sehr wohl auszunutzen verstanden. Diese psycho-sozialen Bedingungen gab es nicht erst seit Rockefeller und wären sicherlich ein lohnendes Thema für entsprechende Forschungen.

Fazit

Es gibt rund um die „Spanische Grippe“ eine ganze Reihe von Ungeheimheiten, die von offiziellen Stellungnahmen der Gegenwart einfach ignoriert werden. Für einen Zusammenhang der weltweit aufgetretenen Erkrankungswellen fehlen überzeugende Beweise. Wie bei SARS und der „Schweinegrippe“ haben wir auch hier einen Tunnelblick der Verantwortlichen, die keine anderen Ursachen sehen wollen als vermeintliche tödliche Erreger. Eine ganze Reihe von Indizien deuten vielmehr darauf hin, dass zumindest in den USA Massenimpfungen als die wahre Ursache der „Spanischen Grippe“ anzusehen sind. Die Parallelen zum sogenannten Golfkriegssyndrom, das ebenfalls US-Soldaten betraf, die niemals im Irak in den Einsatz kamen, ist bemerkenswert.

Fußnoten:

- 1 *Philadelphia Inquirer*, 21. Sept. 1918, zitiert bei Kolata „Influenza“, Seite 12
- 2 *British Medical Journal*, 22.-29. Dezember 1979, S. 1632-1633, zitiert bei Kolata „Influenza“ Seite 24
- 3 Richard E. Shope, „Old, Intermediate and Contemporate Contributions to Our Knowledge of Pandemic Influenza“, *Medicine* 23 (1944), S. 422-423, zitiert bei Kolata „Influenza“, Seite 15
- 4 Flexner and Flexner „William Henry Welch“, S. 376 bis 377, zitiert bei Kolata, Seite 28
- 5 Buchwald, „Impfen, Das Geschäft mit der Angst“, 1997, Seite 50
- 6 Herrlich, „Die Pocken - Erreger, Epidemiologie und Klinisches Bild“, Thieme 1960, Seite 162
- 7 Richard E. Shop, „The R.E. Dyer Lecture. Influenza: History, Epidemiology, and Speculation“, *Public Health Reports*, 73, Nr. 2 (Februar 1958): S. 170,171, und Alfred W. Crosby „America’s Forgotten Pandemic“, Cambridge (Cambridge University Press) 1989, S. 267f, 280ff; zitiert bei Kolata, Seite 73ff
- 8 Kolata, S. 73ff
- 9 T. Yamanouchi, K. Skakami, S. Iwashima, „The Infecting Agent in Influenza“, *Lancet*, Nr. 196, 7. Juni 1919, S. 971; zitiert bei Kolata, Seite 79f
- 10 Richard Collier „The Plague of the Spanish Lady“, London, Allison & Busby, 1996, S. 7 - 8; zitiert bei Kolata „Influenza“, Seite 18
- 11 Olson DR. et. al., „Epidemiological evidence of an early wave of the 1918 influenza pandemic in New York City“, *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005 Aug 2;102(31):11059-63. Epub 2005 Jul 26, PMID:16046546
- 12 Kolata, S. 20, Wikipedia, Siehe auch Winkle: „Kulturgeschichte der Seuchen“ (dort ohne Datumangabe)
- 13 Kolata, S. 18,20
- 14 Salazar, zitiert bei Winkle, S. 1045ff
- 15 Winkle
- 16 Kolata, Winkle
- 17 Kolata, S.18
- 18 Borza T. „Spanish flu in Norway 1918-19“, *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001 Dec 10;121(30):3551-4, PMID: 11808016
- 19 Winkle
- 20 Kolata, S.23
- 21 Kolata, S.22
- 22 Kolata, S.23,30,28

- 23 Bertucci-Martins, Liane Maria (LM) „Among doctors and for the lay: Fragments of the medical discourse during the 1918 flu epidemic“, *História, ciências, saúde--Manguinhos (Hist Cienc Saude Manguinhos)*, published in Brazil, 2005 Jan-Apr; vol 12 (issue 1) : pp 143-57, PMID: 16116712
- 24 Kolata, S.46
- 25 Olson et. al. *Proc. Nat. Acad. Sci.*, 2004, zitiert bei Kolata, S. 12
- 26 *New York Times*, 18. Aug. 1918, S. 9
- 27 Kolata, ab S. 23
- 28 Olson et. al. 2004
- 29 *impf-report*, Juli/Aug. 2005, S. 20f
- 30 Prof. E. R. Moras, <http://www.advancedhealthplan.com/autopathy.html>
- 31 John Rappoport, Febr. 2004, Angegebene Originalquelle: Eleanora McBean Ph.D., N.D. "Vaccination condemned", Kapitel 2, http://www.newmediaexplorer.org/sepp/2004/02/07/the_avian_flu_and_drugless_doctors.htm
- 32 Chas. M. Higgins „Horrors of Vaccination exposed and illustrated“, Brooklyn, New York, 1920
- 33 Higgins, S. 12f
- 34 http://www.whale.to/v/spanish_flu.html
- 35 Hilary Butler „Just a little prick“, 2006, S. 225, zitiert auf http://www.whale.to/v/spanish_flu.html
- 36 siehe u. a. Higgins, S. 26
- 37 <http://proliberty.com/observer/20030723.htm>
- 38 angegebene Originalquelle: Dr. E.C.Rosenow, *Mayo Collected Papers*, Vol. II, p. 92
- 39 angegebene Originalquelle: Anne RileyHale, „Medical Voodoo“, 1935, p. 38:
- 40 <http://www.advancedhealthplan.com/autopathy.html>
- 41 <http://archives.tcm.ie/irishexaminer/2003/05/08/story265526733.asp>
- 42 Beginn der Massenimpfungen siehe auch Bierring WL. *Preventive Medicine – Its Changing Concepts, 1859-1959*. *J Amer Med Assoc* 1959; 171: 2190-94, zitiert auf http://www.whale.to/vaccines/spanish_flu.html
- 43 http://www.whale.to/vaccines/spanish_flu.html
- 44 <http://www.proquest.com>
- 45 *New York Times*, 18. Dez. 1918, S. 14
- 46 *Wash. Post*, 12.1. 1918, S. 2
- 47 *Christian Science Monitor*, 1. Feb. 1918, Seite 4
- 48 *New York Times*, 19. Mai 1918, S. 59

- 49 *Christian Science Monitor*, 21. Jan. 1918, S. 6
- 50 *New York Times*, 25. Jan. 1918, S. 1
- 51 *Washington Post*, 3. Febr. 1918, S. S4
- 52 *Christian Science Monitor*, 1. Feb. 1918
- 53 *Christian Science Monitor*, 2. April 1918, S. 7
- 54 *Christian Science Monitor*, Leserbrief am 24. April 1918, S.3
- 55 *Christian Science Monitor*, 23. Juli 1918, S. 9
- 56 *Christian Science Monitor*, 23. Mai 1918, S. 5
- 57 *Christian Science Monitor*, 8. Juni 1918, S. 12
- 58 *Christian Science Monitor*, 19. Juni 1918, S. 3
- 59 *Washington Post*, 31. Juli 1918, S. 3
- 60 *Christian Science Monitor*, 14. Aug. 1918, S. 6
- 61 *Christian Science Monitor*, 1. Febr. 1918, S. 4
- 62 Patric J. Carroll, *Irish Examiner*, Mai 2003, <http://archives.tcm.ie/irishexaminer/2003/05/08/story265526733.asp>
- 63 *Christian Science Monitor*, 22. Febr. 1918, S. 1
- 64 *Vaccines*, 2003, S. 905
- 65 *Vaccines*, 2003, S. 905
- 66 *Vaccines*, 2003, S. 4
- 67 *Vaccines*, 2003, S. 2; *Winkle*, S. 939f
- 68 *Vaccines*, 2003, S. 5
- 69 *Vaccines*, 2003, S. 4
- 70 *Winkle*, S. 417, *Vaccines*, 1988, S. 333
- 71 *Winkle*, S. 336
- 72 Siehe weiter hinten in diesem Kapitel
- 73 *New York Times*, 5. Juni 1910, S. SM6
- 74 *Washington Post*, 27. Jan. 1918, S. 7
- 75 Siehe auch weiter hinten in diesem Kapitel
- 76 *New York Times*, 5. Juni 1910, S. SM6
- 77 *New York Times*, 13. Febr. 1911, S. 5
- 78 *Vaccines*, 2003, S.483
- 79 *New York Times*, 21. Okt. 1917, S. 42
- 80 *Washington Post*, 27. Jan. 1918, S. 7
- 81 *Washington Post*, 27. Jan. 1918, S. 7

- 82 Stefan Winkle, „Kulturgeschichte der Seuchen“, S.418; R. Müller, „Medizinische Mikrobiologie“, 1946, S.200
- 83 New York Times, 3. Juni 1917, S. 16
- 84 New York Times, 31. März 1918, S. 77
- 85 Christian Science Monitor, 9. März 1918, S. 9
- 86 Washington Post, 18. März 1918, S. 2
- 87 New York Times, 11. März 1918, S. 7
- 88 Wikipedia, Winkle, S. 1045
- 89 New York Times, 2. Okt. 1918, S. 10
- 90 Winkle, „Kulturgeschichte der Seuchen“, S. 886
- 91 Heinrich Friedrich Germann, „Historisch-kritische Studien über den jetzigen Stand der Impfrage“, Leipzig, 1875
- 92 Beispiele: Stamm, „Die Ausrottungsmöglichkeiten der Pocken ohne jedes Impfen“, 1881; Platen „Die neue Heilmethode“, 1901; Wegener, „Impf-Friedhof“, 1912; Germann, „Historisch-Kritische Studien über den jetzigen Stand der Impfrage“, 1875; siehe auch Delarue, „Impfschutz - Irrtum oder Lüge, Buchwald, „Impfen, das Geschäft mit der Angst“, 1997, S. 54
- 93 R. Müller, „Medizinische Mikrobiologie“, 1946, S. 200
- 94 Winkle, S.413
- 95 Winkle, S.413
- 96 Gröschel u. Harnack, „Ref Infect Dis“, 1981
- 97 New York Times, 5. Juni 1910, S. SM6; Vaccines, 2003, S. 1057
- 98 Vaccines, 2003, S. 4
- 99 New York Times, 5. Juni 1910, S. SM6; Vaccines, 2003, S. 1057; Winkle, 417-418, Vaccines, 2003, S.4
- 100 Winkle, 417-418
- 101 Vaccines, 2003, S. 4
- 102 Andy Grieve, Prof. für Statistik, http://www.kingston.ac.uk/math/seminals/Andy_Grieve_EBM.pdf
- 103 New York Times, 7. Sept. 1902, S. 4,
- 104 Andy Grieve, Prof. für Statistik, http://www.kingston.ac.uk/math/seminals/Andy_Grieve_EBM.pdf
- 105 New York Times, 5. Juni 1910, S. SM6
- 106 Vaccines, 2004, S. 1057
- 107 New York Times, 5.6.1910, S. SM6
- 108 New York Times, 5. 6.1910, S. SM6
- 109 New York Times, 21. Jan. 1914, S. 7

- 110 *Washington Post*, 27. Jan. 1918, S. 7
- 111 *New York Times*, 25. Jan. 1918, S. 1
- 112 *Washington Post*, 27. Jan. 1918, S. 7
- 113 *Christian Science Monitor*, 22. Feb. 1918, S. 1
- 114 *Christian Science Monitor*, 23. Dez. 1918, S. 9
- 115 *Christian Science Monitor*, 24. April 1918, S. 3
- 116 *Christian Science Monitor*, 29. Juni 1918, S. 3
- 117 *Christian Science Monitor*, 17. Aug. 1918, S. 3
- 118 *Christian Science Monitor*, 8. Juni 1918, S. 12
- 119 *Christian Science Monitor*, 23. Mai 1918, S. 5
- 120 *Christian Science Monitor*, 16. Aug. 1918, S. 6
- 121 *Christian Science Monitor*, 2. April 1918, S. 7
- 122 *Washington Post*, 31. Juli 1918, S. 3
- 123 *Christian Science Monitor*, 14. Aug. 1918, S. 6
- 124 *New York Times*, 17. Juni 1914, S. 5
- 125 *Washington Post*, 3. Feb. 1918, S. S4
- 126 Kolata, S. 26
- 127 *Christian Science Monitor*, 22. Feb. 1918, S. 1
- 128 wikipedia.de
- 129 Hans Ruesch, „Die Pharma-Story - der große Schwindel“, Hirthammer Verlag 1995, S. 160ff
- 130 Harvey und Marilyn Diamond: „Fit fürs Leben - Fit for Life 2“, Goldmann Taschenbuch, Seite 38ff
- 131 <http://concise.britannica.com/ebc/article-9364557>

Vogelgrippe

Die Pandemie-Supervirus-Hysterie basiert auf der Annahme, die als besonders aggressiv angesehenen Subtypen H5 und H7 des bei Vögeln vorkommenden Influenzavirus könnten nach Überspringen der Artengrenze zusammen mit aggressiven, beim Menschen vorkommenden Influenzaviren zu einem neuen und für den Menschen tödlichen Virus mutieren. Doch ist es überhaupt als gesichert anzusehen, dass die Symptome von erkrankten Vögeln durch spezifische Viren verursacht wurden und nichts mit den teilweise entsetzlichen Bedingungen der Massentierhaltung zu tun haben? Ein Blick zurück zur Vogelgrippe-Epidemie im Jahre 2003 in den Niederlanden gibt Rätsel auf. Er offenbart ein völliges Ausblenden aller denkbaren auslösenden Faktoren – bis auf einen: Das Influenza-Virus.

Wie die „Epidemie“ im Februar 2003 begann

Am Abend des 28. Februar 2003, einem Freitag, meldeten Mitarbeiter des niederländischen Tiergesundheitsdienstes die ersten „Gesundheitsprobleme“ mit einer „sehr hohen Todesrate“ auf 6 Geflügelfarmen in deutscher Grenznähe. Bereits am nächsten Tag (also einem Samstag) wurden Sperrzonen im Umkreis von 10 km rund um die betroffenen Höfe eingerichtet, Geflügelschauen verboten und in den Niederlanden ein Exportverbot für Geflügel und Eier erlassen.

Die Regierung des angrenzenden Nordrhein-Westfalen (NRW) zog noch am gleichen Tag mit einer Im- und Exportsperrung nach und stellte mehrere Dutzend Betriebe, die in den Tagen zuvor noch Lieferungen von Hühnervögeln oder Futtermittel aus den Niederlanden erhalten hatten, unter amtliche Beobachtung.

Nach offiziellen Angaben bestätigten erste Labortests bereits am Sonntag den Nachweis des „hoch-pathogenen H7-Stranges der aviären Influenza“, Subtyp H7N7, und diese Diagnose sollte sich auch bis zur offiziellen Entwarnung für NRW durch die EU-Kommission am 24. Juni nicht mehr ändern. Bis dahin waren in den Niederlanden 26 Millionen, in Belgien ca. 2,5 Millionen und in NRW ca. 100.000 Hühnervogel mit

Kohlendioxid vergast, mit Giftspritzen vergiftet, per Elektroschock getötet oder manuell geschlachtet worden.

Die Vernichtungsaktion hatte schließlich solche Ausmaße angenommen, dass die Kapazität der Tötungs- und Entsorgungsanlagen nicht mehr ausreichten. In den Niederlanden wurde über ganze Gemeinden der Ausnahmezustand verhängt und der Zugang zu ihnen durch das Militär abgesperrt. Wurden auf einem Hof ein paar kranke Hühner gefunden, bedeutete dies oft die vorsorgliche totale Bestandsvernichtung nicht nur für den betroffenen Betrieb, sondern oft auch aller anderen in einem Umkreis von mehreren Kilometern.

Für die Niederlande, Belgien, NRW und zeitweise auch für die gesamte EU wurde von der EU-Kommission ein Exportverbot ausgesprochen. Der wirtschaftliche Schaden allein in den Niederlanden überstieg 100 Millionen Euro. Für einige der betroffenen Betriebe war ein Neuanfang nicht zu schaffen, denn die Seuchenkasse ersetzte nur einen Teil des wirtschaftlichen Schadens.

Die Symptome aus Sicht des FLI

Auf der Webseite des Friedrich-Löffler-Instituts (FLI), Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit und Nationales Referenzlabor für Vogelgrippe, fand ich folgende Beschreibung der Symptomatik der Krankheit:

„Die Tiere sind apathisch, haben ein stumpfes, gesträubtes Federkleid, hohes Fieber und verweigern Futter und Wasser. Manche zeigen Atemnot, Niesen und haben Ausfluss aus Augen und Schnabel. Es kommt zu wässrig-schleimigem, grünlichem Durchfall und manchmal zu zentralnervösen Störungen (abnorme Kopfhaltung). Am Kopf können Wassereinlagerungen (Ödeme) auftreten, Kopfanhänge und Füße können sich durch Blutstauung oder Unterhautblutungen blaurot verfärben. Die Legeleistung setzt aus, die noch gelegten Eier haben dünne und verformte Eierschalen oder die Kalkschale fehlt völlig (Windeier). Die Sterberate ist bei Hühnern und Puten sehr hoch. Enten und Gänse erkranken nicht so schwer, und die Krankheit führt nicht immer zum Tod. Manchmal leiden sie nur an einer Darminfektion, die äußerlich fast unauffällig verläuft, oder sie zeigen zentralnervöse Störungen.“

Massentierhaltung & Differenzialdiagnosen

Die betroffenen großen Hühnerfarmen betreiben in der Regel eine extreme Massentierhaltung und sind regelrechte Fleisch- bzw. Eierfabriken, die sich relativ wenig um artgerechte und ökologische Prinzipien kümmern. Maximaler Gewinn bei minimaler Investition ist für diese Unternehmer die Devise. Kennzeichnend für diese Industrien sind:

1. Starker psychischer Stress der Tiere wegen der großen Enge und der nicht artgerechten Haltung
2. mangelndes oder vollständig fehlendes Tageslicht
3. denaturiertes Industriefutter
4. Wachstumshormone
5. Überzüchtung auf bestimmte erwünschte Eigenschaften
6. vorsorgliche pauschale Vergabe von nebenwirkungsreichen Medikamenten, Impfungen und Antibiotika

Diese Art der Tierhaltung muss zwangsläufig zu einem geschwächten Immunsystem – und zunehmender Infektionsneigung führen. Dazu kommen noch Gefahren wie:

- Lebensmittelvergiftungen: z. B. durch verdorbenes oder verseuchtes Trinkwasser oder Tierfutter
- Umweltchemikalien: z. B. in Holzschutzmitteln, Farben, Baustoffen, Einstreu, Pestiziden

Der bekannte Autor Hans-Ulrich Grimm schreibt über die Behandlung der Tiere in diesen Geflügelfabriken:¹

„Das Unternehmen gehört zur Lohmann-Wesjohann-Gruppe, einem der größten Agrarkonzerne Deutschlands, deren Wiesenhof-Hähnchen in zahlreichen deutschen Supermärkten von Metro bis Kaufhalle zu haben sind. Pro Tag werden in sieben deutschen Wiesenhof-Schlachtereien 532.000 Hähnchen produziert, jedes dritte Hähnchen, das weltweit verzehrt wird, stammt aus einem Betrieb des Konzernes. Leichtes Kränkeln kann da katastrophale Folgen haben. ‚Tiergesundheit: Wir tun mehr‘, verkündet deshalb die Pharma-Abteilung und verteilt an die Tierfabrikanten exakte Pläne zur vorbeugenden Behandlung und Impfung, etwa von Geflügel.

Schon am ersten Lebenstag kriegt das frisch geschlüpfte Küken seine erste Dosis. Es bekommt Spritzen gegen die Gumboro-Krankheit und die Mareksche Krankheit, zwei verbreitete Geflügelleiden. Alternativ gibt es ein Spray, das den kleinen gelben

Küken ins Gesicht gespritzt wird, wenn sie die Fabrikbrüterei auf dem Fließband durchlaufen, bevor sie in die Plastikbox rutschen, in der sie zu ihrem nächsten Aufenthaltsort transportiert werden.

Auch am siebten Tage darf das Huhn nicht ruhen, da gibt es die nächste Ration, gegen die Newcastle-Krankheit, von der die Artgenossen oft befallen werden. Der Impfplan sieht wieder ein Spray vor, sowie eine Schluckimpfung, ganz schmerzlos übers Trinkwasser. Und so geht es weiter: am 14. Tag gibt es zur Trinkimpfung noch Augentropfen, am 21. Tag etwas gegen Bronchitis und am 28. Tag wieder. Kaum eine Woche, in der nicht eine Arzneimittelgabe erfolgt, 18 mal insgesamt im kurzen Leben des Industriehuhns, zuletzt in der 22. Lebenswoche. Auch fürs Futter hat die Tier-Pharmafirma vielerlei Substanzen im Angebot, beispielsweise ‚natürliche Farbstoffe‘ wie ‚Avizant Gelb‘ oder ‚Avizant Rot‘, die ‚natürlichen Carotin-Quellen‘ zur Steuerung der Eidotter-Pigmentierung und zur Hautfärbung bei Geflügel“

Experten-Tunnelblick und blinder Glaube an Labortests

Es gibt also genügend Faktoren, die bei der Ursachenforschung für solche eher unspezifischen Symptome, wie oben beschrieben, zu beachten sind und im Einzelfall genauer untersucht werden müssten. Dazu zählen aus schulmedizinischer Sicht diverse Mikroben und das damit verbundene Infektionsrisiko für die Umgebung, aber auch andere mögliche Ursachen, die mit Mikroben und Epidemien gar nichts zu tun haben.

Sehen wir also nach, wie die Ursachenforschung zu Beginn der niederländischen Epidemie, die auch die deutsche Öffentlichkeit für mehrere Monate in Atem hielt, aussah: Der niederländische Agrarminister Veerman berichtete seiner Regierung in der Woche nach der entscheidenden Entdeckung (am 3. März 2003) von zwei weiteren möglichen Infektionskrankheiten, die ebenfalls als Ursache der vorgefundenen Symptome in Frage kämen:

- Newcastle Disease: Die Newcastle-Krankheit hat exakt die gleichen Symptome wie die klassische Geflügelpest, soll jedoch im Gegensatz zu dieser von einem sog. Paramyxovirus verursacht werden.
- infektiöse Laryngotracheitis: Hierbei handelt es sich um eine Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung.

Ich hatte 2003 seit dem ersten Tag der Epidemie alle erreichbaren Pressemeldungen und offiziellen Verlautbarungen gesammelt und ausgewertet. Dieser Bericht des Herrn Veerman war jedoch der einzige von mir recherchierbare Hinweis, dass neben der aviären Influenza überhaupt noch irgendwelche weiteren Ursachen in Erwägung gezogen worden waren. Jedoch war bis zum offiziellen Ende der Epidemie von diesen beiden Krankheiten nie wieder die Rede. Zu Untersuchungen kam es vermutlich nicht mehr, denn wie mir das für Deutschland zuständige Friedrich-Löffler-Institut (FLI) bestätigte, werden andere infektiöse Ursachen bei Ausbrüchen der Vogelgrippe nur dann untersucht, wenn man keine Influenza-Viren gefunden hat.

Da die Symptomatik der Vogelgrippe jedoch auch auf andere Krankheiten zutrifft, hat das FLI eine Liste der Differenzialdiagnosen herausgegeben, also ähnliche Krankheiten, gegen die eine Diagnose abgegrenzt werden muss. Diese acht Punkte lange Liste enthält sieben Infektionskrankheiten und als Letztes die Ursache „Vergiftungen.“ Bevor also überhaupt eine Vergiftung der Tiere – durch Medikamente, verdorbenes Futter, Umweltgifte etc. – untersucht wird, werden alle denkbaren Infektionskrankheiten abgeprüft. Wird man dort fündig, hält man die Ursache bereits für geklärt. Auch das Verhalten der Kontrolleure auf den Geflügel-farmen dürfte darauf abgestimmt gewesen sein: Es wurden Proben von erkrankten Tieren entnommen und eingeschickt, aber keine Proben von Futter, Wasser, Einstreu, Luft oder der benachbarten Wiese.

Auch bei der angeblichen Vogelgrippe spielt die Differenzialdiagnose so gut wie keine Rolle. Statt dessen fokussiert sich der kollektive Tunnelblick allein auf das angebliche Virus als Ursache. Der Eifer, mit dem man sich an die Labortestergebnisse klammert, ist erschreckend.

Asiatische Vogelgrippe-Epidemie im Jahr 2004

Etwa 100 Millionen Stück Federvieh wurden im Jahr 2004 in Südostasien vorsorglich getötet, um die angebliche Bedrohung durch einen neuen Ausbruch der so genannten „Vogelgrippe“ des Influenza-Subtyps H5N1 zu stoppen. Die Erkrankungsstatistik nennt 31 menschliche Todesopfer in Thailand und Vietnam. Nicht nur die Existenzen der Geflügelfarmer und der Außenhandel (800 Mio. Euro Geflügelexport in Thailand) standen auf dem Spiel, sondern die WHO befürchtete – zum wiederholten Male und bis heute (Stand: Sommer 2005) ohne jeden Beweis – auch ein Überspringen des gefürchteten Virus von Mensch zu Mensch.

Wie beim großen niederländischen Vogelgrippe-Ausbruch im Frühjahr 2003 war auch hier bei der Berichterstattung auffallend, dass ausschließlich Viren als Ursache der Erkrankungen von Mensch und Tier diskutiert wurden und die Haltebedingungen inkl. diverser Medikationen völlig ausgeblendet wurden. Warum? Selbst wenn wir davon ausgehen, dass Viren der Auslöser der Erkrankungen waren, so dürfen Co-Faktoren, die die Anfälligkeit für diese Viren erheblich beeinflussen, nicht einfach ignoriert werden.

Offene Fragen

Die Rolle der Influenza-Viren im Krankheitsgeschehen

Laut Auskunft des FLI geschieht die Mutation des sich in Wildvögeln in der Regel harmlos zeigenden Virus erst nach der Übertragung innerhalb des Körpers von Hausvögeln. Über die Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, weiß die Schulmedizin wenig bis nichts, sie werden auch nicht systematisch untersucht. Nehmen wir einmal an, die Bedingungen der Massentierhaltung sind entscheidend für die Mutation des Virus bzw. die Erkrankungsneigung der Tiere, dann ergeben sich daraus drei mögliche Interpretationen:

1. Das vorher harmlose Virus hat sich aufgrund dieser Faktoren in einen echten Krankheitserreger gewandelt
2. Das vorher harmlose Virus ist auch nach der genetischen Veränderung harmlos und die Symptome sind eine Folge der Massentierhaltung
3. Die angebliche Veränderung des angeblichen Virus ist nichts weiter als das Ergebnis willkürlich interpretierter Labortestergebnisse

Fehlender politischer Wille und die Konsequenzen

Die dritte Variante zu prüfen, kam den Behörden bisher noch nicht einmal in den Sinn. Doch die zweite Variante müsste zumindest geprüft und mit einer nachvollziehbaren Begründung verworfen werden, wenn man streng wissenschaftlich vorgehen würde. Doch das ist offensichtlich nicht der Fall. Eine Diskussion über die Massentierhaltung und ihrer vielen Aspekte ist offensichtlich politisch nicht gewollt, denn es gab sie weder 2003, 2004 noch 2005.

Folgen von Impfkationen?

In Deutschland und anderen Ländern gibt es bei Hühnervögeln eine Impfpflicht gegen die sog. Newcastle-Krankheit. Die Symptome sind identisch mit denen der Vogelgrippe, unterscheiden kann man die Krankheiten ausschließlich durch Labortests. Die Impfung gegen Newcastle ist eine sogenannte Lebendimpfung und kann u. U. bei immungeschwächten Tieren eine heftige Erkrankung mit Symptomen der Vogelgrippe auslösen. Sie ahnen es schon: Auch die Möglichkeit einer Impffolge wurde niemals ernsthaft diskutiert.

Vogelgrippe 2006: Zahlreiche Widersprüche

Nun war es also auch mir passiert. Keine Chance mehr, als Unbeteiligter von außen zu beobachten und zu kommentieren. Denn seit einigen Tagen lag meine damalige Wohnung im Augsburger Stadtteil Haunstetten innerhalb einer „Geflügelpest-Sperrzone“!

Am Samstag, den 18. März 2006, während ich im nordrhein-westfälischen Münster einen Vortrag über Impfungen und den Pandemie-Bluff hielt, wurde nicht weit von meiner Wohnung entfernt ein toter Schwan aufgefunden, der laut Labortest das berüchtigte H5N1-Virus des noch berüchtigeren ASIA-Subtyps in sich trug. Am darauf folgenden Montag war ich im Augsburger Rathaus bei einer Pressekonferenz, zu der die Stadt geladen hatte.

Interessant waren für mich nicht nur die Stellungnahmen der anwesenden Experten, sondern auch die Fragen der Journalisten. Dem Reporter von Radio Fantasy, einem flotten regionalen Musiksender, ging es z. B. vor allem darum, dass viele Hörer in ihrer Unsicherheit angerufen und nachgefragt hätten, ob sie sich denn nun innerhalb der Gefahrenzone befänden oder nicht. Ihm schwebte wohl vor, dass die Behörden im Internet eine Art Wetterkarte des Augsburger Landkreises zur Verfügung stellen sollten, mit dunklen Wolken und Pfeilen, vielleicht auch noch mit Trickfilm animiert, so dass sich der Bürger je nach Bewegungsrichtung und Wolkengeschwindigkeit an- oder entspannen könnte. Kritisches Hinterfragen der Panikmache, der Laborergebnisse und ihrer Interpretation war nicht angesagt.

Nein, bestätigte mir die Expertenrunde, es würden derzeit nicht mehr Wildvögel sterben, als man nach einem derart harten Winter erwarten könnte. Und ja, die Infektionswege seien völlig ungeklärt. Seit den ersten deutschen H5N1-Diagnosen Mitte Februar auf der Insel Rügen

seien die Untersuchungen intensiviert worden und von 200 toten Vögeln sei eben bei diesem einen das Virus festgestellt worden. Ob das Virus schon vorher da gewesen sei oder nicht, nein, das könne man nicht sagen. Man warte noch darauf, dass das Friedrich-Löffler-Institut (FLI), die zuständige Bundesbehörde auf der Insel Riems, bestätige, ob es sich um den besonders gefährlichen Virus-Subtyp „Asia“ handle. Erst dieser sei evtl. auch für den Menschen gefährlich. Und nein, die Bedingungen der Massentierhaltung würden bei hochpathogenen (besonders krankmachenden) Virentypen gar keine Rolle spielen, denn dann würden alle Tiere ohne Ansehen ihres gesundheitlichen Zustandes dahingerafft.

Woher diese Weisheit kam, war nicht zu erfragen, es sei nun mal so, Allgemeinwissen sozusagen. Das Thema ist natürlich komplex und jemandem, der nicht in die Tiefen der zugrunde liegenden Hypothesen hinabgetaucht ist, wird die Fragwürdigkeit der ganzen Angelegenheit nicht ohne weiteres offenbar.

Der böse, böse Asia-Subtyp

Der sogenannte Influenza A/H5N1-Asia-Subtyp, der jetzt auch in Deutschland gefunden wurde, hat seinen schlechten Ruf aufgrund einiger menschlicher Todesfälle in Asien, die auf ihn zurückgeführt werden, erhalten. Doch schaut man genauer hin, ist – wen überrascht es noch – die „Todesursache Vogelgrippe“ lange nicht so eindeutig wie offiziell behauptet. Zu den wenigen Autoren, die sich kritisch mit der Vogelgrippe-Hypothese auseinandersetzen, gehören der Medizinjournalist Torsten Engelbrecht und der Internist Claus Köhnlein. In einer Publikation, die ihnen das FLI als Beweis für die Gefährlichkeit des Virus schickte, wird z. B. der Fall eines sechs Jahre alten Jungen geschildert. Die Autoren schreiben:

„Das Kind litt unter Lungenentzündung, und bei ihm wurde auch eine Schimmelpilzinfektion (Aspergillose) diagnostiziert. Woraufhin der kleine Patient mit anti-mikrobiellen Präparaten, die das Immunsystem schwer schädigen können, behandelt wurde, sowie mit dem antiviralen Medikament Tamiflu (Oseltamivir), das sogar mit Todesfällen in Verbindung gebracht wird. (...) Wörtlich heißt es: „The patient died during the late phase of the disease after intensive treatment with antiviral drugs.“ Darüber hinaus wurde dem Jungen einige Tage, bevor er am 17. Tag nach der Erstdiagnose verstarb, Methylprednisolon verabreicht. Und dies, obwohl das Steroid dafür

bekannt ist, dass es das Immunsystem schwächt und nicht genommen werden sollte, wenn eine schwere bakterielle, virale oder Pilzinfektion vorliegt (was bei dem Jungen ja der Fall war). Hinzu kommt, dass das, was als H5N1 bezeichnet wird, in verschiedenen erkrankten Organen gar nicht nachgewiesen werden konnte – was von den Forschern einfach als „Rätsel“ („enigma“) abgetan wurde, anstatt es als das zu bezeichnen, was es war und ist: Ein klarer Hinweis darauf, dass die aufgestellte H5N1-Theorien keinen Sinn machen.“ (Virus-Wahn, 4. Auflage, Seite 223f)

Ein weiteres Beispiel, das die Autoren anführen, betrifft einen dreijährigen Jungen aus Hong Kong, der im Mai 1997 an Atemwegssymptomen erkrankte. Die Ärzte verabreichten ihm Aspirin und eine breite Antibiotika-Ladung. Daraufhin traten Symptome des Reye-Syndroms auf. Dabei handelt es sich um eine schwere Krankheit, die mit Übelkeit, Persönlichkeitsstörungen, Koma und starken organischen Schädigungen einhergehen kann. Der Ausgang ist oft tödlich. Wie auch bei diesem Jungen, der nach 12 Tagen verstarb. Diagnose: Nicht etwa „Medikamentennebenwirkungen“, sondern „H5N1“. Dabei konnte noch nicht einmal bestätigt werden, dass das Kind überhaupt Kontakte zu Vögeln gehabt hatte – eine Parallele zu den beiden ersten „Schweinegrippe“-Fällen in Südkalifornien, denen ebenfalls keinerlei Kontakte zu Schweinen nachgewiesen werden konnten. Zudem gibt es laut Engelbrecht und Köhnlein Studien, die auf einen Zusammenhang zwischen dem Reye-Syndrom und Aspirin hindeuten. (Virus-Wahn, 4. Auflage, Seite 223f.)

Da stirbt ein Mensch in Asien mit Grippe-Symptomen und man findet bei ihm – laut Labortest – ein spezielles H5N1-Virus, das sonst nur bei Vögeln vorkommt. Dieses Virus macht man dann für seine Krankheit und seinen Tod verantwortlich – und keinesfalls eine der vielen Tausend anderen Bakterien- und Virentypen, die sich ständig in uns befinden, egal, ob wir nun krank oder gesund sind.

Ein Sack Reis in China

Um zu verdeutlichen, wie abenteuerlich hier im Grunde argumentiert wird, möchte ich das Sprichwort vom Sack Reis anführen, der in China umfällt und die Auswirkungen dieses Ereignisses auf die Welt. Niemand käme auf die Idee, einen in Deutschland umfallenden Sack Reis mit einem zuvor in China umgefallenen Sack in Verbindung zu bringen. Aber die Mikrobiologen schaffen das: Obwohl in keinem einzigen Fall erklärt werden kann, wie das angebliche Asia-Virus von A nach B und C und

von dort nach Deutschland gelangt sein soll, sind sie felsenfest davon überzeugt, dass es einen eindeutigen Zusammenhang gibt.

Wenn irgendwo auf der Welt Virentests ein H5N1-Virus des Subtyps „Asia“ feststellen, hängt das nach Meinung dieser Experten eben mit dem ersten in Asien festgestellten Virus dieses Typs zusammen. Wenn der Patient in Asien, bei dem das Asia-Virus als erstes gefunden wurde, mit Grippe-symptomen starb, so heißt dies für die Mikrobiologen, dass alle Lebewesen, bei denen man ebenfalls – laut Labortest – ein H5N1-Virus vom Asia-Typ findet, in Lebensgefahr schweben. Aus Gründen, die nur ihrer eigenen Zunft bekannt sind, wurden bei der Diagnose sämtliche anderen möglichen Ursachen ignoriert, sobald erst einmal ein H5N1-positives Testergebnis präsentiert werden konnte. Überall, wo man dieses spezielle H5N1-Virus fand, wurde nun Geflügelpestalarm gegeben, Sperr- und Beobachtungszonen eingerichtet. Dass weder Behörden noch Fachleute auch nur den geringsten Schimmer hatten – und bis heute haben – wie dieses ursprünglich irgendwo in Asien aufgetauchte (angebliche) Virus nach Rügen und in den Augsburger Stadtteil Haunstetten gelangt sein soll, ist wirklich beunruhigend.

Dogmen statt Wissenschaft

Dem ersten Dogma, wonach ein H5N1-Virus, das man in einem Toten fand, die Ursache seines Todes sein soll, folgt auf diese Weise ein zweites Dogma, wonach überall dort, wo spezielle indirekte Labortests anschlagen, automatisch ein epidemiologischer Zusammenhang mit dem ersten Fall in Asien nachgewiesen wird. Es ist, wenn wir beim Beispiel des Reissacks bleiben, als würde man den umfallenden Sack zur Ursache eines Erdbebens erklären, das im zeitlichen Zusammenhang in der Gegend stattgefunden hat und nun weltweit bei jedem umfallenden Sack Erdbebenwarnung geben.

Rätselraten: Woher kam das Virus?

Mitte Februar 2006 werden erstmals in Deutschland Vögel mit H5N1 diagnostiziert: Auf der Insel Rügen findet man tote Schwäne, bei denen der Labortest positiv anschlägt. Einmütig bekunden alle befragten Fachleute, dass ihnen die Herkunft des Virus auf Rügen ein Rätsel sei. Vogelzug gebe es derzeit nicht und die betroffenen Höckerschwäne seien Kurzstreckenflieger. Außerdem, so Robert Hepworth, der zuständige Experte der UN, gebe es keinerlei wissenschaftliche Beweise dafür, dass das Virus überhaupt durch Zugvögel verbreitet würde. Darüber hinaus sei es erwie-

sen, dass Wildvögel mit H5N1 infiziert sein könnten, ohne zu erkranken.² Klaus-Dieter Feige, Vorsitzender der Ornithologischen Arbeitsgemeinschaft Mecklenburg-Vorpommern (OAMV) ist ähnlicher Ansicht und weist darauf hin, dass nicht belegt sei, dass jeder Vogel, bei dem das Virus nachgewiesen wurde, auch an dem Virus gestorben sei.³ Der Wilhelmshavener Vogelforscher Franz Bairlein glaubt ebenfalls nicht, dass das aktuelle Problem etwas mit dem Vogelzug zu tun hat.⁴

Impfstoffversuche des FLI

Doch man verlässt sich eben auf die Institute, wie mir ein Passant sagte, dem ich vor dem Augsburger Rathaus mein Flugblatt in die Hand drückte. Ja, man verlässt sich vor allem auf das Friedrich-Löffler-Institut (FLI) auf Riems. Das FLI, die zuständige Bundesbehörde, schaut jedoch trotz aller Unwahrscheinlichkeit bei der Suche nach dem Virus-Ursprung in erster Linie nach Osteuropa.⁵

Doch das FLI ist vielleicht nicht ganz unbefangen in dieser Angelegenheit, schließlich experimentiert es seit einigen Monaten selbst mit genetisch veränderten H5N1-Viren zur Entwicklung eines Impfstoffs, der es ermöglicht, geimpfte und infizierte Tiere voneinander zu unterscheiden. In einer FLI-Pressemitteilung vom 13. März 2005 heißt es wörtlich:⁶

„Am Friedrich-Loeffler-Institut wird bereits seit mehreren Jahren an konventionellen wie auch rekombinanten (gentechnisch veränderten) Impfstoffen gegen die Aviäre Influenza geforscht. So wurden erste Prototypen auf Basis eines Herpesvirus-Vektors (ILTV) publiziert und konventionelle Versuchsvakzine gegen Aviäre Influenzaviren vom Subtyp H7 in Infektionsversuchen geprüft. Diese Forschungsarbeiten werden momentan weiter intensiviert, wobei eine Testung neuer Impfstoffe gegen aktuelle asiatische H5N1-Viren nicht möglich ist, da es bisher trotz intensivster Bemühungen (Anfragen bei WHO, OIE, zahlreichen Referenzlaboratorien) nicht gelungen ist, ein entsprechendes Isolat zu erhalten.“

Dass es nicht möglich war, eine Viruskultur des Asia-Subtyps zu erhalten, ist merkwürdig, da das Vorliegen einer Reinkultur die Voraussetzung für die Entwicklung eines zuverlässigen Tests darstellt. Das Problem scheint man aber gelöst zu haben, denn am 17. August 2005 heißt es in einer weiteren FLI-Pressemitteilung:⁶

„Riemser Forscher entwickeln neuartigen Impfstoff gegen Vogelgrippe. Einer Arbeitsgruppe im Institut für Molekularbiologie des

Friedrich-Loeffler-Instituts auf der Insel Riems unter Leitung von Prof. Dr. Thomas C. Mettenleiter und Dr. Walter Fuchs ist es gelungen, einen neuartigen Impfstoff gegen die Geflügelpest („Vogelgrippe“) zu entwickeln. Wie das Institut mitteilte, sind entsprechende erste Versuchsreihen erfolgreich abgeschlossen worden.“

Der SPIEGEL schreibt am 17. Jan. 2005 unter der Überschrift „Insel der Viren“:

„Auf der Ostseeinsel Riems arbeiten Forscher an einem Impfstoff gegen die Vogelgrippe – abgeschottet von der Außenwelt und unter strengen Sicherheitsmaßnahmen. Sie sind Teil des weltweiten Wettrennens gegen das H5N1-Virus, das schon bald zu einer globalen Gefahr werden könnte. Die tödliche Gefahr lauert ganz in der Nähe. Hinter Stacheldrahtzaun, massiven Mauern, Sicherheits-schleusen und dicken Glasfenstern. Die Wildgänse im Schilf ahnen nichts, schnattern unentwegt, und auch die kleine Entenfamilie am Ufer watschelt gemütlich den Strand entlang. Im unweit einiger Nistplätze gelegenen Friedrich-Loeffler-Institut experimentieren Forscher mit dem Vogelgrippe-Virus. Doch die vielen Wasservögel am Strand haben nichts zu befürchten. Europas führendes Forschungszentrum gilt als absolut sicher. Das Virus ist gut verwahrt, mit modernsten Filtern von der Außenwelt abgeschottet.“

Im FLI wird also seit einigen Monaten mit dem „besonders gefährlichen“ H5N1-Virus-Subtyp experimentiert. Die Labore gelten als „absolut sicher“. Doch dann treten plötzlich nur wenige Kilometer entfernt von diesen Hochsicherheitslaboren erstmals H5N1-Infektionen auf. Und außer ein paar Impfkritikern und vereinzelt Journalisten wie Gerhard Wiesnewski⁷ fällt dies keinem auf? Vielleicht ist diese Blindheit der Politiker und der Medien sogar das größte Rätsel, das uns die Vogelgrippe in Deutschland beschert.

War das Virus schon immer da?

Vielleicht war das angebliche Virus aber auch schon vorher da und wurde nur nicht bemerkt. Hartmut Meyer, Geschäftsführer des Vereins Sächsischer Ornithologen, wies gegenüber der Presseagentur DPA sehr richtig darauf hin, dass die Nachweismöglichkeiten in letzter Zeit viel besser geworden seien.⁸ Zudem liege die derzeitige Todesrate der Wildvögel nach Angaben von Experten für die Zeit gegen Ende eines Winters im Bereich des Normalen.⁹

Was wäre, wenn das Sterben der Tiere mit dem Virus gar nichts zu tun hat, sondern in erster Linie eine Folge von Entkräftung – und der angebliche Nachweis von spezifischen Mikroben allenfalls eine Sekundärerrscheinung gewesen wäre?

Beweise für ein krankmachendes Virus fehlen immer noch

Spätestens seit AIDS stellt sich auch die Frage, was bei Virentests überhaupt nachgewiesen wird und wie ein solcher Test anhand des in Reinkultur vorliegenden und in seiner Zusammensetzung analysierten Virus geeicht wurde. Bei HIV-Tests sind etwa 60 sog. „Kreuzreaktionen“ bekannt, d. h. andere Ursachen, auf die der Test reagiert, wie z. B. eine Hepatitis B Impfung oder eine Organtransplantation.

Torsten Engelbrecht und David Crowe, zwei Wissenschaftsjournalisten, fragten beim FLI nach Publikationen an, die zum einen die Existenz des spezifischen Virus namens H5N1 nachweisen und zum anderen belegen, dass dieses Virus grippeähnliche Krankheiten verursachen kann. Die von der Bundesbehörde benannten Publikationen können nach Ansicht der beiden Journalisten nicht als Beweis für ein krankmachendes H5N1-Virus gelten. Damit kommen wir auch bei der Vogelgrippe letztlich dort an, wo wir bei EHEC, der Schweinegrippe, SARS oder der Blauzungkrankheit gelandet sind: Es gibt in keinem dieser Fälle wirkliche Beweise für die Existenz eines krankmachenden Erregers. Die Geschichten von den bösen Krankheitserregern gehört – zumindest bei diesen Krankheiten – in die Märchenstunde.

Interessenkonflikte

Die allgemeine Panikmache lenkt von den Problemen der Massentierhaltung, die zum großen Teil in der Hand größerer Konzerne liegt, ab – auf Kosten der biologischen und artgerechten Tierhaltung. Der Arzt und SPD-Gesundheitspolitiker Wolfgang Wodarg äußerte sich in Radio-Interviews entsetzt über den überzogenen Aktionismus der Behörden. Er wies deutlich auf wirtschaftliche Interessenskonflikte hin und nannte das bereits bekannte Beispiel des damaligen US-Verteidigungsminister Donald Rumsfeld. Das Problem sei außerdem, dass die Politiker in der Regel keine Ahnung von der Thematik hätten und auf den Rat von Fachleuten angewiesen seien, die ein Eigeninteresse verfolgen:

„Ich hoffe, dass nicht diejenigen, die jetzt am lautesten schreien, jetzt große Institute bekommen, die man nachher nicht braucht.“¹⁰

Tausendfache Überschätzung der Influenza-Todesfälle

Nicht nur bei der Vogelgrippe setzen unsere Gesundheitsbehörden auf unverantwortliche Panikmache. Die Gefährlichkeit der Virusgrippe beim Menschen wird vom Robert-Koch-Institut (RKI), der zuständigen Bundesgesundheitsbehörde, an den bis zu 30.000 Todesopfern jährlich gemessen, die das Virus angeblich in Deutschland fordert.

Doch diese Zahlen liegen etwa um das Tausendfache über den Zahlen des statistischen Bundesamtes für laborbestätigte Virusgrippe-Todesfälle und stammen von der „Arbeitsgemeinschaft Influenza“ (AGI), die zwar am RKI angesiedelt ist, jedoch bis vor kurzem von vier Impfstoffherstellern finanziert wurde. Die Horrorzahlen der AGI kommen dadurch zustande, dass – unter Berücksichtigung des Verlaufs der aktuellen Influenzasaison – die erhöhte Sterberate in den kalten Wintermonaten einfach der Influenza zugeschoben wird. Im Winter sterben halt mehr Menschen als im Sommer und die Ursache ist per Deklaration das Influenzavirus. Das RKI übernimmt diese Zahlen regelmäßig ohne jede Plausibilitätsprüfung und wir alle rennen jedes Jahr aufs Neue voller Angst zur Grippeimpfung.

Fazit

1. Auch bei der „Vogelgrippe“ beruht die Diagnose auf der Ignorierung sämtlicher anderer in Frage kommenden Ursachen.
2. Der abenteuerlichen Hypothese der Virologen, das angebliche Virus würde durch Wild- bzw. Zugvögel weltweit verbreitet, stehen Gutachten prominenter Vogelkundler entgegen, die dies definitiv ausschließen.
3. Das Vogelgrippethema steckt voller Tabus: Z. B. wieso der sogenannte Asia-Typ des Vogelgrippevirus von China ausgerechnet den gigantischen Sprung zur Insel Rügen macht – wo das FLI zu diesem Zeitpunkt mit einem Impfstoff gegen das Asia-Vogelgrippevirus experimentierte....
4. Ein weiteres Tabu ist die Problematik der nicht artgerechten Massentierhaltung, die das größte Gesundheitsrisiko für Nutzvögel darstellt.
5. Wie bei anderen Seuchen auch werden effektive alternativmedizinische Ansätze der Vorsorge und Behandlung völlig ignoriert.

6. Die Behauptung, eine Kreuzung des Vogelgrippevirus mit einem „normalen“ Grippevirus könnte eine weltweite Pandemie mit Millionen Toten auslösen, beruht auf völlig übertriebenen Todesfallzahlen des RKI und der irrigen Annahme, die sogenannte Spanische Grippe sei durch ein Influenzavirus verursacht worden. Das Pandemie-Risiko ist somit nichts weiter als ein Marketing-Argument.

Fußnoten:

- 1 Grimm: „Aus Teufels Topf“, Ausgabe 1999, S. 131/132
- 2 DPA, 22. Feb. 2006
- 3 DPA, 21. Feb. 2006
- 4 Ärzte Zeitung, 16.Feb.2006
- 5 DPA, 15. und 21. Feb. 2006
- 6 www.fli.de
- 7 Süddeutsche Zeitung vom 22. Feb. 2006 und www.gerhard-wiesnewski.de, siehe auch: www.impfkritik.de/forum/showthread.php?t=665
- 8 DPA, 15. Feb. 2006
- 9 DPA, 16. Feb. 2006

Labortests & „Münchhausen-Zöpfe“

Was man so alles in den Produktbeschreibungen der Labortests findet ...

Eigentlich war dieses Buch ja schon fertig. Doch ein Blick in mein Artikel-Archiv belehrte mich eines Besseren, denn einige wichtige Informationen in Bezug auf die Labortests habe ich Ihnen bisher vorenthalten. Da jedoch der blinde Glaube genau an diese Testsysteme die Grundlage für die Seuchen-Panikmache der letzten Jahre darstellt, möchte ich doch noch kurz darauf eingehen, was ich im Laufe der Jahre in diesem Zusammenhang recherchiert habe.

Beginnen wir mit dem „Klassiker“ AIDS bzw. den Labortests zur Feststellung des angeblichen AIDS-Verursachers, dem HI-Virus (HIV). Bereits in den 80er Jahren wiesen zahlreiche Wissenschaftler darauf hin, dass diese Tests ungeeignet seien, da das Virus niemals hochaufgereinigt wurde und man deshalb gar nicht wissen könne, worauf genau diese Tests reagieren. In der Produktinformation des Antikörpertests *HIVAB HIV-1 EIA* des Herstellers *Abbott* (Stand: Januar 1997) heißt es entsprechend wörtlich:

„(...) As a result, non-specific reactions may be seen in samples from some people who, for example, due to prior pregnancy, blood transfusion, or other exposure, have antibodies to the human cells or media in which the HIV-1 is grown for manufacture of the EIA. Because of these and other nonspecific reactions, it is appropriate to investigate specimens found to be reactive on EIA in a manner that gives improvement predictability that HIV-1 antibody, in fact, is present.“

Sie sollten also keine Schwangerschaft durchgemacht haben, eine Bluttransfusion erhalten haben oder anderen Stressfaktoren ausgesetzt gewesen sein, wenn Sie einen HIV-Test machen lassen, denn er könnte dadurch positiv ausfallen. Prof. Dr. Heinz Ludwig Sängler, inzwischen pensionierter Direktor des Max-Planck-Instituts für Biochemie in Martinsried, berichtet von insgesamt mehr als 60 bekannten sonstigen Ursachen, die einen HIV-Test positiv ausfallen lassen können.¹ Weiter heißt es in der Beschreibung des Tests von Abbott:

„Although for all clinical and public health applications of the EIA both the degree of risk of HIV-1 infection of the person studied and the degree of reactivity of the serum may be of value in interpreting the test, these correlations are imperfect. Therefore, in most settings it is appropriate to investigate repeatably reactive specimens by additional more specific, or supplemental tests.“

Das Ergebnis des Testes muss also „interpretiert“ werden, wobei zu berücksichtigen ist, welche klinischen Symptome die getestete Person zeigt und ob sie einer sogenannten „Risikogruppe“ angehört. Weil die Interpretation falsch sein kann, sollte auf zusätzliche Tests zurückgegriffen werden.

Interessant ist auch, dass die Patientenprobe laut Produktinformation um das Verhältnis 1 : 400 verdünnt werden muss. Kritiker der Tests weisen darauf hin, dass wohl jeder „ein bisschen“ HIV mit sich herumträgt, also HIV-testpositiv wäre, wenn die Proben nicht verdünnt würden. HIV-positiv sind wir demnach alle! „Echte“ HIV-Positive haben allenfalls „ein bisschen mehr“ HIV in sich als andere. Reichlich makaber, wenn man bedenkt, dass nach offizieller Lesart allein die Anwesenheit von HIV einem Todesurteil gleichkommt. Der HIV-Test ist also allenfalls als Stressindikator verwendbar, nicht jedoch als Nachweis für die Infektion mit einem angeblich tödlichen Virus. Dies wird auch aus folgendem Zitat aus der gleichen Produktinfo deutlich:

„At present there is no recognized standard for establishing the presence and absence of HIV-1 antibody in human blood. Therefore sensitivity was computed based on the clinical diagnosis of AIDS and specificity based on random donors.“

Ein fast gleich lautendes Zitat findet sich in den Unterlagen eines anderen Tests von *Abbott* mit der Bezeichnung *AXSYM System HIV-1/HIV-2*: Es gibt demnach keinen internationalen Standard, an den sich der Hersteller des Tests halten konnte, sondern er nahm einfach die Proben einiger Patienten, die bereits (ohne Test) die AIDS-Diagnose erhalten hatten und sorgte dafür, dass sein Test regelmäßig bei allen anschluss, während er bei völlig Gesunden nicht anschluss. Bedenken Sie, lieber Leser bitte dabei, dass sämtliche AIDS zugeschriebenen Symptome bereits bekannt sind und es etablierte Behandlungsmethoden für sie gibt. Hier wurden also bekannte Krankheitsbilder zu AIDS umbenannt und dies nachträglich (!) mit der Herstellung eines angeblich spezifischen Virentests begründet.³

Kennen Sie die Geschichten des als Lügenbaron bekannten Freiherrn

von Münchhausen? Der zog sich angeblich einmal selbst am eigenen Haarzopf aus einem Morast, und zwar gleich mitsamt seinem Pferd. Diese Geschichte ist ein gutes Beispiel für einen nicht funktionierenden, sogenannten Zirkelschluss, d. h. eine vermeintlich logische Schlussfolgerung, die das Ergebnis der Schlussfolgerung als ihre Voraussetzung annimmt.

So wie sich der Lügenbaron selbst an seinem Haarzopf aus dem Morast zog, wird die Diagnose aufgrund der Labortests „wahr“, die ausschließlich auf der Diagnose beruhen. Man nehme eine Gruppe von Personen und behaupte, sie hätten AIDS oder – ein weiteres sehr reales Beispiel – SARS. Die Symptome dieser Patienten sind zwar bereits bekannt, bisherige Labortests reagieren jedoch vielleicht nicht so wie erwartet. Deshalb muss es sich „logischerweise“ um eine neue Krankheit handeln, denn Lebensstil, Vergiftungen, Mangelernährung und Medikamenten-Nebenwirkungen werden ja von vornherein als mögliche Ursachen ausgeblendet. Man hat also nun diese Gruppe mit den altbekannten Symptomen und dem neuen Diagnosestempel und experimentiert nun so lange mit Variationen der „bewährten“ Labortests, bis diese zuverlässig bei diesen Personen positiv anschlagen und bei völlig gesunden Personen nicht.

Bei den bereits im SARS-Kapitel besprochenen SARS-Tests (siehe ab Seite 183) waren diese deshalb allenfalls in der Lage zu bestätigen, dass die Patienten an Fieber und Atemwegsproblemen litten, keineswegs jedoch, dass ein bisher unbekanntes pathogenes Virus hier am Werke war. Auch der soeben besprochene HIV-Test ist der eigenen Produktinfo zufolge allenfalls in der Lage zu bestätigen, dass jemand unter Stress steht.

Die fehlenden Standards für die Eichung der Tests betrifft natürlich nicht nur die HIV- und die SARS-Tests, sondern im Grunde sämtliche Labortests, die auf Münchhausen-Haarzöpfen basieren. Zu diesen gehören mit Sicherheit die AK- und die PCR-Tests. Für die PCR-Tests bestätigte das niemand Geringeres als der Erfinder der PCR selbst: Dr. Kary Mullis, der für die Entwicklung der PCR 1993 sogar den Nobelpreis für Chemie bekam, hält sie für ungeeignet, damit Diagnosen zu stellen: Die Eindeutigkeit der dem HI-Virus zugesprochenen Genfragmente sei nicht ausreichend geklärt.

Doch es betrifft bei weitem nicht nur HIV oder SARS. Ein weiteres Beispiel sind die Tests für das Humane Papillomavirus (HPV), das die Ursache u. a. für Gebärmutterhalskrebs sein soll. So antwortete mir die *Digene Deutschland GmbH*, führender Hersteller von PCR-Tests auf meine Frage nach der Eichung:

„Es gibt kein international anerkanntes Referenzmaterial bzw. keine Standards, die zur Eichung eines HPV-Testes eingesetzt werden können.“

Die Firma *greiner bio-one*, Hersteller eines weiteren HPV-Gen-tests mit der Bezeichnung *Papillocheck* antwortete mir allerdings:

„Als Goldstandard (Eichgrundlage) wird der DIGENE-Test zugrundegelegt!“

Was nichts anderes bedeutet, als dass der DIGENE-Test der München-Hausen-Haarzopf ist, an dem sich Papillocheck aus dem Diagnose-Morast zieht. Mit beiden Tests wird allenfalls nachgewiesen, dass bestimmte Genfragmente im Patienten anzufinden sind. Ob diese Fragmente wirklich zu spezifischen Viren gehören und ob diese Viren erstens die Ursache der Erkrankung und zweitens von außen in den Organismus eingedrungen sind, ist eine reine Spekulation, für die Prof. zur Hausen allerdings sogar einen Nobelpreis erhielt.⁴

Ein Beispiel, um die Problematik noch etwas mehr zu verdeutlichen: Nehmen wir einmal an, Sie sind Verkehrspolizist und kommen zu einem Unfallort. Der mutmaßliche Verursacher des Unfalls hat Unfallflucht begangen. Sie finden jedoch den Abdruck eines Reifens und identifizieren ihn als einen Reifen der Größe 195/65 R15 T von Michelin. Einer der Unfallbeteiligten sagt aus, dass der Unfallverursacher in einem weinroten Opel Astra Kombi geflüchtet sei. Nun ist für Sie als Verkehrspolizist zum einen zu klären, ob der Reifen 195/65 R15 T wirklich zu dem Unfallflüchtigen gehört. Davon können Sie nicht automatisch ausgehen, auch wenn der Reifentyp zu dem beschriebenen Autotyp passt. Denn der Reifentyp passt auch zu einer ganzen Reihe von Fahrzeugtypen verschiedener Hersteller.

Den Mikrobiologen zur Hausen kümmerte die Beweisnotwendigkeit jedoch nicht. Er fand im Krebsgewebe das „Genfragment 195/65 R15 T“ und behauptet unermüdlich über Jahre hinweg, dieses Genfragment gehöre eindeutig zu einem dunkelroten HPV-Virus namens „Opel Astra Caravan“. Überall, wo das Genfragment 195/65 R15 T nun per AK-Test oder PCR anzufinden ist, muss automatisch – so seine Schlussfolgerung – auch ein „Astra-Virus“ mitsamt unfallflüchtigem Fahrer anwesend sein. Dass nicht jeder Opel Astra Fahrer automatisch ein Unfallfahrer ist und dass nicht nur Astras, sondern eine ganze Reihe von verschiedenen Fahrzeugtypen von verschiedenen Herstellern (= verschiedene Viren) mit diesem Reifen (= Genfragment oder Eiweißbaustein) fahren, interessiert ihn dabei nicht. Die Anwesenheit bestimmter Gen- oder Eiweißbau-

steine, die sowohl aus körpereigenen Zellen als auch von unterschiedlichen Viren- und Bakterientypen stammen können, sagt genausowenig über den Gesundheitszustand oder die Krankheitsursache aus wie die Anwesenheit eines 195er Reifens über den genauen Fahrzeugtyp oder darüber, ob der Fahrer ein Unfallflüchtiger ist.

Weitere Labortest-Unterlagen liegen mir zum Hepatitis C-Virus vor. Da heißt es beim *INSTANT VIEW HCV Serum Test* des Herstellers *ALFA SCIENTIFIC DESIGN INC.*:

„As with all diagnostic screening tests, all positive results must be confirmed with other clinical methods available to the physician. If the test result is negative and symptoms persist, additional follow-up testing using other clinical methods is recommended. A negative result at any time does not preclude the possibility of early infection of Hepatitis C virus.“

Wie bei allen anderen diagnostischen Testsystemen auch, so heißt es, ist ein positives Testergebnis nur dann relevant, wenn der Arzt es mit „anderen verfügbaren klinischen Methoden“ bestätigen kann. Ist das Ergebnis jedoch bei klarem Symptombild negativ, sollte mit anderen genaueren Methoden nachgetestet werden (welche genau das sein sollen, wird allerdings in keinem der Testunterlagen ausgesagt). Außerdem könne ein negatives Testergebnis niemals eine Infektion im Frühstadium ausschließen. Ein anderer HCV-Test ist der *COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan HCV Test*. Hier heißt es wörtlich:

„Der COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan HCV Test ist nicht als HCV-Screening-Test für die Anwesenheit von HCV in Blut oder Blutprodukten oder als diagnostischer Test zur Bestätigung einer HCV-Infektion vorgesehen.“

Doch war genau dieses Laborergebnis in wenigstens einem mir persönlich bekannten Fall die Grundlage dafür, dass ein im Sozialwesen tätiger Mann seinen Job verlor und meines Wissens nach seine juristischen Versuche, dies rückgängig zu machen, nicht zum Erfolg führten.²

Ein allerletztes Beispiel, wie unglaublich diese Art der Diagnose ist, erschien am 8. Februar 2011 in der Turgauer Zeitung. Dort wurde von einem impfkritischen Landwirt berichtet, der nicht etwa die obligatorischen Blutproben seiner Kühe zum Test auf BVD an das Labor geschickt hatte, sondern statt dessen Pferdemit, Plastik oder eigene Hautzellen. Das war dem Labor die ganze Zeit nicht aufgefallen. Der Landwirt mag sich jedoch gefreut haben. Immerhin liegt ihm nun die offizielle Bestätigung vor, dass er kein BVD hat ...

Im Prinzip wissen also alle Beteiligten, dass die Labortests keine wirkliche Diagnose zulassen. Verantwortlich ist jedoch keiner: Die Hersteller haben schließlich in ihre Produktinformationen deutlich reingeschrieben, dass ihre Tests alleine nicht zählen. Die Labordiagnostik hingegen führt nur Aufträge aus. Dass ihre Ergebnisse ohne Aussagekraft sind, steht in ihren Befunden jedoch nicht wirklich deutlich drin. Sie gehen vielmehr davon aus, dass dies dem behandelnden Arzt bewusst ist. Dieser jedoch verlässt sich in der Regel auf das Laborergebnis. Ist es positiv, findet keine weitere Ursachensuche mehr statt, obwohl ja, wie bereits mehrfach in den vorherigen Kapiteln besprochen, auch andere Ursachen für die Erkrankung verantwortlich sein können. Und geht jemand zum Arzt, nur weil er bzw. sie zu einer bestimmten Risikogruppe gehört, wie z. B. Prostituierte, Homosexuelle, Drogenkonsumenten, medizinisches oder pflegendes Personal, dann kann es leicht passieren, dass ein (noch) völlig Gesunder zum Kranken diagnostiziert wird.

Doch selbst, wenn ein Arzt, aus welchem Grund auch immer, nicht geneigt ist, bei seiner Diagnose dem Laborergebnis zu folgen, dürfen wir die Meldepflicht der Labore nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht vergessen: Obwohl positive Testergebnisse im Prinzip nichtssagend sind, müssen sie bei bestimmten Krankheiten an die Gesundheitsbehörden gemeldet werden. Das ist auch dem behandelnden Arzt bewusst. Weicht er in seiner Diagnose vom Laborbefund ab, muss er sich eventuell vor den Gesundheitsbehörden rechtfertigen. Das ist für keinen Arzt angenehm.

Solange wir Krankenversicherten und Patienten nicht ausreichend informiert sind, wird das „Münchhausen-Haarzopf-Fieber“ weiterhin durch Arztpraxen, Labore und Herstellerfabriken geistern und Diagnosen generieren, die Gesunde zu Kranken stempeln und bei Kranken zu falschen Behandlungen führen.

Sie sollten also vor allem den Inhalt dieses Kapitels bei Ihrem nächsten Arztbesuch berücksichtigen. Er könnte Sie vor mancher falschen Diagnose und Behandlung bewahren. Vielleicht rettet er sogar Ihr Leben.

Fussnoten:

- 1 Michael Leitner „Mythos HIV“, Videel Verlag 2000, S. 10
- 2 eigene Korrespondenz mit dem Betroffenen
- 3 mehr dazu in „Mythos HIV“
- 4 mehr dazu in „impf-report“ Nr. 46/47, „Der unverdiente Nobelpreis“

Glossar

abortiv

abbrechend (engl. *abort* „fehlgebären“)

AK-Test

Abkürzung für *Antikörper-Test*, Test zum Nachweis von spezifischen Antikörpern

Aluminiumhydroxid

hochgiftige Aluminiumverbindung, die seit Jahrzehnten in Impfstoffen für die eigentliche Immunreaktion (Antikörperbildung) verantwortlich ist, wenn der Erreger im Impfstoff dazu allein nicht in der Lage ist

Anamnese

Vorgeschichte einer Krankheit unter Einbeziehung möglichst aller Einflussfaktoren (grch. *ana* „zurück“ + *mimneskein* „erinnern“)

Anekdote

unbeglaubigter Bericht (grch. *an* „nicht“ + *ektodon* „herausgegeben“)

Anorexie

extreme Appetitlosigkeit und Unlust zur Nahrungsaufnahme (grch. *a...* „un..., nicht, ohne“ + *orexis* „Appetit“)

Antigen

vom Organismus als Fremdkörper erkannte Partikel und Substanzen, die eine Antikörperproduktion anregen, z. B. Gifte, Mikroben oder Teile von ihnen (engl. *Antibody generating* „Antikörper erzeugend“)

Antikörper

spezielle Eiweiß-Kohlenhydratverbindungen, die aus Sicht der Schulmedizin vom Immunsystem zur Abwehr schädlicher Fremdpartikel und Erreger ausgeschüttet werden. Sie erinnern in ihrer Form an den Buchstaben Ypsilon „Y“

Antitoxin

Gegengift für Bakteriengifte (lat. *toxicum* „Pfeilgift“)

antivirale Medikamente

Medikamente zur direkten Bekämpfung von Viren

Apathie

Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit, Abgestumpftsein (grch. a „nicht“ + *pathos* „Leiden“)

Aphthe

Bläschenausschlag im Mund (grch. *aphthai* „böser Ausschlag, Schwämmchen“)

Ataxie

Störung der Bewegungskoordination (grch. *ataxia* „ohne Ordnung“)

Blutserum

bei der Blutgerinnung sich absondernde klare Flüssigkeit aus Wasser, gelösten Eiweißstoffen und Salzen (lat. *serum* „Molke“)

BNI

Abkürzung für Bernhard-Noche-Institut

boostern

Verstärkung der (nachlassenden) Immunantwort durch Auffrisch-Impfungen oder Kontakt mit Wildviren (engl. *to boost* „verstärken“)

Boulevardpresse

Zeitung(en) mit unterhaltend seichter bzw. sensationslüsterner Berichterstattung (frz. *bolwerc* „Bollwerk, Prachtstraße“)

Bronchopneumonie

Entzündung der Bronchien und der Lunge (grch. *bronchos* „Kehle, Luft-röhre“ + *pneumon* „Lunge“; zu *pneuma* „Atem“)

BT

Abkürzung für Bluetongue (engl. „Blauzunge“)

BTD

Abkürzung für Bluetongue Disease (engl. „Blauzungenkrankheit“)

BTV

Abkürzung für Bluetonge-Virus

BTV-8

Bluetonge-Virus vom Subtyp Nr. 8

CDC

Abkürzung für Centers of Disease Control and Prevention (engl. „Zentren für Krankheitskontrolle und Vorsorge“). US-Seuchenbehörde, vergleichbar mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) in Deutschland

cerebro spinal meningitis

Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute (lat. *cerebrum* „Gehirn“ + *spina* „Rückrat“ + grch. *meninx* „Haut“)

Challenge-Inokulation

Absichtliche Einbringung von Krankheitserregern (engl. challenge „Herausforderung“ + lat. *inoculare* „impfen“)

Coronavirus

Virus, dessen Hülle vom Aussehen her an einen Kranz erinnert (lt. *corona*)

Coronitis

Entzündung des Kronsaums am Huf (lt. *corona* „Kranz, Krone“ zu grch. *korone* „Ring“ + grch. *-itis* „Entzündung“)

Cronitis

Entzündung der Kronlederhaut des Hufes (lt. *corona* „Kranz, Krone“ zu grch. *korone* „Ring“ + grch. *-itis* „Entzündung“)

Differenzialdiagnose

verfeinerte, gegen ähnliche Krankheiten abgrenzende Diagnose (lat. *differre* „verschieden sein“)

Doppelblindstudie

im Rahmen einer Studie wissen weder die Testpersonen noch das Studienpersonal, ob ein Wirkstoff oder ein Scheinmedikament (Placebo) verabreicht wird

ELISA

Abkürzung für *Enzyme-linked Immunosorbent Assay*, Labortest auf Antikörper gegen bestimmte Erreger, der auf enzymatischen Farbreaktionen basiert (engl. „Enzymgekoppelter Immunadsorbtionstest“)

endogen

von innen kommend (grch. *endon* „drinnen, innerhalb“ + *gennan* „erzeugen“)

EpiBull

Abkürzung für *Epidemiologisches Bulletin*, Name einer wöchentlichen Publikation des Robert-Koch-Instituts (RKI)

Epidemiologie

Lehre von Ursachen, Verlauf und Verbreitung von Krankheiten in der Bevölkerung (grch. *epidemios* „im Volk verbreitet“ + *logos* „Wort, Lehre“)

Epidermis

Oberhaut (grch. *epi* „auf, darüber“ + *derma* „Haut“)

Epizootic Katarrh

epizootic = Tierseuche; von *epizoisch* „durch Tiere verbreitet“; von grch. *epi* „darüber, an der Oberfläche“ + *zoon* „Lebewesen“. Katarrh = Entzündung der Schleimhäute mit Schleimabsonderung; von grch. *katarrhein* „herabfließen“

Erosion

Auswaschung, Abtragung (lat. *erosio* „Zernagung, Durchfressung“)

Erythem

flächenhafte Hautrötung (grch. *erythainein* „rot werden“)

Evidenz

Augenscheinlichkeit, Offenkundigkeit, völlige Klarheit (lat. *evidentia*)

Exposition

Zustand, in dem ein Organismus äußeren Einflüssen ausgesetzt ist (lat. *expositio* „Aussetzung, Auseinandersetzung“)

Evaluierung

Abschätzung, Berechnung, Bewertung (frz. *évaluer* „abschätzen, berechnen, veranschlagen“)

Farce

Posse, lächerlicher Streich, Verhöhnung, Belanglosigkeit (frz. *farcir* „Füllsel im Schauspiel, lustiger Zwischenakt“)

Fäzes

Ausscheidungen, Kot, Stuhl (lat.)

Fibrin

Eiweißstoff des Blutes, der bei der Blutgerinnung entsteht, Blutfaserstoff (lat. *fibra* „Faser“)

FLI

Abkürzung für Friedrich-Löffler-Institut, Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit auf der Ostseeinsel Riems

Flotzmaul

Bereich der Nase und Oberlippe beim Rind

Genom

Summe der genetischen Informationen (grch. *gennan* „erzeugen“)

Goldstandard

allgemein anerkannter Standard, den es zu erreichen gilt. Abgeleitet von den früheren Währungen, die idealerweise vollständig durch Goldreserven gedeckt waren

Hyperämie

verstärkte Durchblutung von Organen (grch. *hyper* „über[mäßig]“ + *haima* „Blut“)

IFT

Abkürzung für *Immunfluoreszenztest*; Test zum Nachweis von spezifischen Antikörpern

IgG

Abkürzung für *Immunglobulin G*, auch „Gammaglobulin“, Antikörper der Klasse „G“ zur Abwehr vor allem von Bakterien (lat. *immunis* „frei, unberührt, rein“ + *globus* „Kugel“)

IgM

Abkürzung für *Immunglobulin M*, Antikörper der Klasse „M“ zur Abwehr von Fremdpartikeln. IgM gilt als der erste im Rahmen einer Immunabwehr produzierte Antikörpertyp (lat. *immunis* „frei, unberührt, rein“ + *globus* „Kugel“)

Immunität

Bereitschaft des Körpers, eingedrungene Fremdkörper unschädlich zu machen (lat. *immunis* „frei, unberührt, rein“)

inaktiviertes Virus

chemisch oder physikalisch behandeltes Virus, das sich nicht mehr vermehren kann

inapparent

ohne sichtbare Krankheitssymptome (frz. *apparaitre* „erscheinen“)

indiziert

angezeigt, aufgrund der Diagnose notwendig (lat. *indicium* „Anzeichen, Beweis“)

Infarkt

Absterben von Gewebe durch Unterbrechung der Blutversorgung (lat. *infarcire* „hineinstopfen“)

Inhalation

Einatmen von Dämpfen oder Gasen zu Heilzwecken oder zur Narkose (lat. *inhalare* „einhauchen“)

injizieren

etwas mit Hilfe einer Spritze in den Körper einführen (lat. *inicere* „hinwerfen, -bringen, -tun“)

Inkubationszeit

Zeit zwischen dem Kontakt mit dem Erreger und den ersten Krankheitszeichen (lat. *incubatio* „auf den Eiern liegen, brüten“)

intranasal

in die Nase hinein (lat. *intra* „zwischen, innen, innerhalb“ + lat. *nasalis* „Nase“)

intravenös

in eine Vene (Ader, die zum Herzen führt) hinein (lat. *intra* „hinein, innen, innerhalb“ + *vena* „Vene“)

Inzidenz

Anzahl neuer Erkrankungsfälle (lat. *incidens* „hineinfallend“)

Katarrh

entzündliche Reizung der Schleimhäute mit vermehrter Flüssigkeitsabsonderung, umgangssprachlich „Schnupfen“ (grch. *katarrhein* „herabfließen“)

klinisch

auf die Symptome bezogen (grch. *kline* „Lager, Bett“)

Koch'sche Postulate (auch Henle-Koch-Postulate)

Die drei Koch'schen Postulate verlangen zum Beweis der krankmachenden Eigenschaft eines Erregers die Erfüllung von drei Bedingungen:

1. Der Erreger darf nur in Kranken, niemals aber in Gesunden zu finden sein.
2. Der Erreger muss in einer Kultur vermehrbar sein.
3. Der vermehrte Erreger muss bei Kontakt mit einem gesunden Organismus die gleiche Krankheit auslösen wie bei dem Organismus, aus dem er entnommen wurde.

Die Postulate entstanden im 19. Jahrhundert im Laufe der Forschungen von Dr. Robert Koch und seinem Lehrer, dem Pathologen Prof. Jakob Henle. Auf diesen Postulaten baut im Grunde die gesamte moderne Infektionsmedizin auf (lat. *postulatum* „Forderung, Gesuch“)

Kolik

schmerzhafte, krampfartige Zusammenziehung eines inneren Organs (grch. *kolon* „Dickdarm“)

Kolostrum

Erstmilch, Biestmilch (lat. *colostrum*)

Konjunktivitis

Bindehautentzündung (lat. *coniungere* „verbinden“ + grch. *itis* „Entzündung“)

Konsens

Übereinstimmung (lat. *consensus* „Übereinstimmung“; zu *sensus* „Empfindung“)

Konstitution

gesundheitlicher Gesamtzustand, Körperbeschaffenheit (lat. *constitutio* „Einrichtung, Anordnung, Verfassung“)

Kontraindikation

Gegenanzeige; Umstand, der eine an sich als zweckmässig erscheinende Behandlung als nicht geboten erscheinen lässt, z. B. Impfung mit hühnereiweißhaltigem Grippeimpfstoff bei bestehender Hühnereiweißallergie (lat. *contra* „gegen“ + lat. *indictio* „Ankündigung“)

Kronsaum

oberster Teil des Hufes

kruppös

Verstopfung der Atemwege im Bereich des Kehlkopfs (engl. *croup* „Krupp“, verwandt mit „Kropf“)

Läsion

Verletzung (lat. *laesio*)

laktieren

Milch geben, stillen (lat. *lactis* „Milch“)

Letalität

Anteil der Todesfälle unter den Erkrankten (lat. *letal* „tödlich“)

Manifestation

sichtbar werden, offenbar werden (lat. *manifestus* „handgreiflich, offenbar“)

Mastitis

Brustdrüsenentzündung (grch. *mastos* „Brust“ + *-itis* „Entzündung“)

Membran

dünnes Häutchen (lat. *membrana* „Häutchen, Haut, Schreibhaut, Pergament“)

Mikroarray

wird beim PCR-Test verwendet. Ein Mikroarray enthält spezifische genetische „Sonden“, mit deren Hilfe man nach spezifischen Genabschnitten in einer Probe sucht. (engl. *array* „Reihe, Anordnung, Matrix, Datenfeld“)

MKS

Abkürzung für *Maul- und Klauenseuche*

Morbidität

Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgröße (von lat. *morbidus* „krank, ungesund“)

Mortalität

Sterblichkeit oder Sterberate bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgröße innerhalb eines bestimmten Zeitraums (lat. *mortalitas* „das Sterben“)

NEJM

Abkürzung für *New England Journal of Medicine*, eine der weltweit anerkanntesten medizinischen Fachzeitschriften

Nekrose

Absterben von Gewebe (grch. *nekros* „tot, gestorben, Toter“)

neurologisch

auf das Nervensystem bezogen (zu grch. *neuron* „Sehne, Band, Nerv“ + *logos* „Wort, Kunde, Lehre“)

Ödem

Flüssigkeitsansammlung im Gewebe (grch. *oidema* „Schwellung“)

oral

auf den Mund bezogen (lat. *os* „Mund, Öffnung“)

Pandemie

Eine sich über Länder und Erdteile ausbreitende Krankheit (griech. *pandemia* „alle Leute“)

Paradigmenwechsel

Umdenken bezüglich bisher geltender Grundannahmen (grch. *paradigma* „Beispiel“)

Parathormon

Hormon, das für die Erhöhung der Calcium-Konzentration im Blut zuständig ist

pathogen

krankheitserregend (grch. *pathos* „Krankheit“ + *gennan* „erzeugen“)

Pathogenität

Krankheitsverursachung (grch. *pathos* „Krankheit“ + *gennan* „erzeugen“)

PCR

Abkürzung für *Polymerase Chain Reaction* (Polymerase Kettenreaktion). Verfahren zur Vermehrung spezifischer genetischer Abschnitte. Wird

auch zum Virennachweis verwendet, siehe auch unter „Polymerase“

perakut

extrem heftig einsetzend (lat. *acutus* „scharf, spitz“)

Placebo

unwirksames Scheinmedikament, z. B. physiologische Kochsalzlösung (lat. „ich werde gefallen“)

Pneumonie

Lungenentzündung (grch. *pneumon* „Lunge“)

Polymerase

Enzym, das die Entstehung von neuen DNA-Strängen steuert (grch. *polys* „viel“ + *meros* „Teil“)

Prävention

Vorsorge, Vorbeugung (lat. *praevenire* „zuvorkommen, verhüten“)

profus

übermäßig, stark, reichlich (lat. *profusus* „unmäßig, verschwenderisch“)

Pseudo

falsch, scheinbar (grch. *pseudein* „täuschen“)

Psychosomatik

Lehre von den Beziehungen zwischen Körper und Seele (grch. *psyche* „Seele“ + *soma* „Körper“)

Referendum

Volksentscheid (lat. *referre* „berichten“)

resistent

widerstandsfähig (lat. *resistere* „Widerstand leisten, sich stellen“)

Resistenz

Widerstandsfähigkeit (lat. *resistens* „sich widersetzend“)

respiratorisch

auf Atmung beruhend, zu ihr gehörend (lat. *respirare* „Atem holen“)

Ressource

Hilfsquelle, Einnahmequelle (frz.)

RNS

Abkürzung für *Ribonukleinsäure* (engl.: RNA bzw. „ribonucleic acid“). Die RNS ist eine Art „Arbeitskopie“ genetischer Informationen, wobei die DNS die Kopiervorlage darstellt. Sie dient zur Herstellung von Eiweißen innerhalb der Zelle

SARS

Abkürzung für Severe acute respiratory Syndrom (Schweres akutes Atemwegssyndrom)

Schalmtest

Test zum Messen des Zellgehaltes (Bakterien) der Milch

Screening

engl. „Sichten, Klassifizieren, Durchleuchten“

Sensitivität

Bei 100%iger Sensitivität reagiert der Test immer auf das Zielvirus, er „übersieht“ also das Zielvirus niemals, siehe auch Spezifität (lat. *sensus* „Gefühl“)

serös

Blutserum enthaltend, ihm ähnlich, serumartig (lat. *serum* „Molke“)

Serokonversion

Anstieg des Antikörperspiegels im Blut (lat. *serum* „Molke“ = nicht gerinnender Blutanteil; + lat. *conversio* „Umkehrung, Umwandlung“)

seropositiv/seronegativ

Ergebnis eines ELISA-Tests auf Antikörper im Blutserum (lat. *serum* „Molke“)

Serum

der nach erfolgter Blutgerinnung von Blutkörperchen und anderen festeren Bestandteilen befreite flüssige Teil des Blutes (lat. *serum* „Molke“)

signifikant

bedeutsam, mit statistischer Aussagekraft, beweisfähig (lat. *significare* „etwas anzeigen“)

Spezifität

Bei 100%iger Spezifität ist das positive Testergebnis immer richtig - der Test schlägt zuverlässig immer nur bei dem einen spezifischen Zielvirus an, siehe auch „Sensitivität“ (lat. *specialis* „besonders“)

sub...

unten, unter, niedriger als (lat. „unter[halb], von unten“)

subakut

gemäßigter, weniger heftiger Krankheitsverlauf (lat. *sub* „unter[halb], von unten“)

subkutan

unter die Haut (lat. *sub* „unter“ + *cutis* „die Haut“)

Subtyp

Untergruppe (lat. *sub* „unten, unterhalb, weniger als“ + grch. *typos* „Schlag, Gestalt, Muster, Vorbild“)

Suspension

Aufschwemmung feinsten Teilchen in einer Flüssigkeit (lat. *suspendere* „aufhängen, schweben lassen, unterbrechen“)

Syndrom

Zusammentreffen einzelner, für sich allein uncharakteristischer Symptome zu einem kennzeichnenden Krankheitsbild (grch. *syndrome* „Zusammenlauf“)

Tenesmus

fortwährender, schmerzhafter Stuhl- oder Harndrang (grch. *teinein* „spannen“)

Tensid

künstlich hergestellte, waschaktive Substanzen, die auf die Oberflächenspannung von Wasser und nicht wasserlöslichen Flüssigkeiten einwirken (lat. *tendere* „spannen, straff anziehen“). Tenside bewirken, dass zwei eigentlich nicht miteinander mischbare Flüssigkeiten, wie zum Beispiel Öl und Wasser, fein vermengt werden können

Toxikologie

Lehre von den Giften (lat. *toxicum* „Pfeilgift“ + grch. *logos* „Lehre, Wort, Rede“)

toxisch

giftig (lat. *toxicum* „Pfeilgift“, von grch. *toxon* „Pfeil“)

Tremor

Zittern, Wackeln infolge unwillkürlichen, abwechselnden Zusammenziehens u. Erschlaffens gegenseitig wirkender Muskeln (lat. „das Zittern, Beben“)

Überstand

Übrig bleibender flüssiger Anteil einer Suspension, der z. B. beim Gerinnen oder Zentrifugieren von den festen Bestandteilen getrennt wird.

Ulceration

Geschwürbildung (lat. *ulcus* „Geschwür“)

ulcerative stomatitis

eiternde Entzündung der Mundschleimhaut (lat. *ulcus* „Geschwür“ + grch. *stoma* „Mund, Rachen“ + grch. *-itis* „Entzündung“)

Vagina

Scheide (lat.)

Vakzine

Impfstoff (lat. *vacca* „die Kuh“). Der erste Impfstoff der Neuzeit wurde aus Kuhpockenlymphe gewonnen.

Vektor

Virusüberträger (lat. *vector* „Träger“); in diesem Fall ist damit eine bestimmte Mückenart gemeint

Verblindung

Unkenntlichmachung bestimmter Merkmale während einer Studie, z. B. Art des Medikaments oder Zugehörigkeit einer Testperson zu einer bestimmten Versuchsgruppe

Verlammung

Fehlgeburt bei Schafen

Virenstrang

Viren des gleichen Subtyps

Virulenz

Ansteckungsfähigkeit (lat. *virus* „Gift, Schleim, Geifer“)

Virustatika

antivirales Medikament

Vulva

äußere weibliche Geschlechtsteile (lat. *volvere* „sich drehen, wölben“)

Widal-Test

Nachweis von spezifischen Antikörpern im Blut durch eine Verklumpungsreaktion

WHO

Abkürzung für *World Health Organisation* (Weltgesundheitsbehörde), Organ der Vereinten Nationen und mit Hauptquartier in Genf

Zyanose

Violette bis bläuliche Verfärbung der Haut durch Sauerstoffarmut des Blutes (grch. *kyaneos* bzw. lat. *cyanus* „dunkelblau“ + *nosos* „Krankheit“)

Über den Autor:

Hans U. P. Tolzin, Jahrgang 1958, ist unabhängiger Medizin-Journalist und Autor. Er gibt seit 2005 die kritische Zeitschrift „impf-report“ heraus und ist Betreiber der bekannten Portal-Webseite www.impfkritik.de. Darüber hinaus ist er Veranstalter des „Stuttgarter Impfsymposiums“

Er ist Autor des medizinkritischen Grundlagenwerks „Die Tetanus-Lüge“. Weitere Titel sind in Vorbereitung.

Tolzin ist außerdem Vorsitzender des gemeinnützigen Vereins „Arbeitsgemeinschaft Bürgerrecht & Gesundheit e. V.“ (AGBUG), siehe dazu auch die Webseite <http://www.agbug.de>.

Er ist Vater von zwei erwachsenen Töchtern.

Seine Webseiten sind:

<http://www.impf-report.de>

<http://www.impfkritik.de>



© impf-report

Interessante Webseiten und Kontaktadressen

Schutzverband für Impfgeschädigte e. V., Beethovenstr. 27, D-58840 Plettenberg, Fon: +49 (0)2391 / 10626, Fax: +49 (0)2391 / 609366, e-Mail: SFI-EV@t-online.de, <http://www.impfschutzverband.de>

Libertas & Sanitas e.V., Geschäftsstelle: Postfach 12 05, D-85066 Eichstätt, Fon +49 (0)8421 903707, Fax: 99761
Email: info@libertas-sanitas.de <http://www.libertas-sanitas.de>

Interessengemeinschaft für gesunde Tiere e. V.
<http://www.ig-gesunde-tiere.de>

Gesundheit + Impffreiheit für Tiere e. V., Friedrich-Andrae-Str. 6, D-67480 Edenkoben, Fon +49 (0)6323/2895, info@impffreiheit.de, <http://www.impffreiheit.de>

Heilpraktiker Andreas Bachmair
<http://www.impfschaden.info>

AEGIS Österreich, Frau Franziska Loibner, Ligist 89, A-8563 Ligist, Fax +43 (0)3143 29734 info@aegis.at, <http://www.aegis.at>

N.I.E. Netzwerk Impfentscheid, Vorsitzender Daniel Trappitsch, Wetti 41, CH-9470 Buchs, Fon +41 (0)81 633 1226, info@impfentscheid.ch, <http://www.impfentscheid.ch>

Dr. med. Steffen Rabe
<http://www.impf-info.de>

Schweizer Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen
<http://www.impfo.ch>

„Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V.“
<http://www.individuelle-impfentscheide.de>

„Interessengemeinschaft Haustierimpfungen“
Prof. Dr. Leo und Monika Peichl, <http://www.haustierimpfungen.de>

Groma Verlag
<http://www.groma.ch>

Weitere Internetverweise finden Sie auf <http://www.impfkritik.de/links>



Zeitschrift „impf-report“

Wie sehen die neuesten Erkenntnisse kritischer Autoren zum ImpftHEMA aus?

Was sind die wichtigsten Argumente für und gegen das Impfen?

Kommt die Impfpflicht?

Wie gehe ich am besten mit Impf-Mobbing um?

Wie vernetze ich mich mit anderen Impfkritikern?

Wo gibt es Vorträge und Seminare zum Thema?

Wenn nicht Impfen, was dann?

Was sind die wahren Hintergründe aktueller Epidemien?

Diese und viele andere Fragen beantwortet Ihnen die

alle zwei Monate erscheinende Zeitschrift „impf-report“. Kritische Autoren und ausgewiesene Fachleute beleuchten das Impf-Thema von allen Seiten und unterstützen Sie bei Ihrer persönlichen Impfentscheidung oder Ihrer Beratungstätigkeit als Heilpraktiker, Arzt oder anderweitig medizinisch und gesundheitlich Tätigem.

Hier finden Sie Informationen, die Sie nirgendwo anders erhalten:

- allgemeinverständlich
- quellenbasiert
- informativ
- aktuell
- sachlich

Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Hans U. P. Tolzin

Jahresabo „impf-report“, Best.-Nr. ABD-001

6 Ausgaben jährlich

40 Seiten geballte Informationen

36,00 Euro im Jahr (in Deutschland inkl. Versand)

Bestellen Sie heute noch eine kostenlose & unverbindliche Leseprobe!



**„impf-report“ Sammelordner:
Grundlagen der
Impfentscheidung**

Sechs für Sie ausgewählte Schlüsselausgaben der Zeitschrift „impf-report“ zum günstigen Set-Preis im praktischen Sammelordner!

Das ideale Nachschlagewerk, unentbehrlich in jedem Bücherregal und in jeder naturheilkundlich ausgerichteten Praxis. Es enthält alles, was Sie für Ihre persönliche Impfentscheidung oder für eine persönliche Impfberatung benötigen:

Ausgabe IRA-072: „Sind Geimpfte gesünder?“

Ausgabe IRA-074: „Warum Ungeimpfte gesünder sind“

Ausgabe IRA-034: „Auf der Suche nach dem Wirkungsnachweis“

Ausgabe IRA-062: „Ist das Impfrisiko kalkulierbar?“

Ausgabe IRA-080: „Rückgang der Seuchen - waren es wirklich die Impfungen?“

Ausgabe IRA-076: „Impfen Pro und Kontra, Übersicht über die wichtigsten Argumente“

Sammelordner „Grundlagen der Impfentscheidung“

Sechs ausgewählte Einzelausgaben der Zeitschrift „impf-report“

Best.-Nr.: SAM-001

34,00 Euro (in Deutschland inkl. Versand)



Hans U. P. Tolzin
Die Tetanus-Lüge

Tetanus stellt für die meisten Eltern das Schreckgespenst schlechthin dar und ist auch in impfkritisch eingestellten Familien in der Regel die letzte Impfung, die fällt. Tatsächlich sind jedoch weder Nutzen noch Unbedenklichkeit der Impfung jemals belegt worden. Im Gegenteil: Jahr für Jahr werden allein in Deutschland Hunderte von Impfkomplicationen und im Durchschnitt 15 Todesfälle, vor allem von Säuglingen, – gemeldet, ohne dass die zuständigen Behörden aktiv werden. Dazu kommt: Dunkelziffer unbekannt.

Darüber hinaus wurde bei der Erforschung der Ursache(n) von Tetanus nachweislich unwissenschaftlich gearbeitet. Die darauf basierenden (falschen) Hypothesen wurden niemals korrigiert. Im Grunde wissen wir heute nicht viel mehr über die Ursachen der Krankheit als vor 130 Jahren, als man damit begann, nach dem vermeintlichen Tetanus-Erreger zu suchen.

Wie die Statistiken zeigen, ist auch das Erkrankungsrisiko lange nicht so hoch, wie von den Behörden behauptet. Durch eine schulmedizinische und homöopathische Wundversorgung nach den Regeln der Kunst kann die Tetanus-Gefahr sogar weitgehend gebannt werden.

Das Buch ist eine Zusammenfassung der vier Tetanus-Ausgaben der Zeitschrift „impf-report“, dessen Herausgeber der Autor ist. Mit einem Vorwort von Dr. med. Johann Loibner, dem bekanntesten Impfkritiker Österreichs.

Paperback

ISBN 978-3-9813286-2-2

300 Seiten, zahlreiche Grafiken

19,90 Euro



Video-Mitschnitt auf DVD:

7. Stuttgarter Impfsymposium 2010

Das Stuttgarter Impfsymposium gilt als eine der wichtigsten impfkritischen Veranstaltungen im deutschen Sprachraum und ist regelmäßig mit hochkarätigen Referenten besetzt.

Aus dem Inhalt:

Impfen aus der Sicht neuester immunologischer Erkenntnisse

Alfons Meyer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Akupunktur

Impfstoffsicherheit – was wir wissen und was nicht

Dr. med. Klaus Hartmann, anerkannter Experte für Impf-

stoffsicherheit, Gutachter für Impfschäden und Behörden-Insider

Mein Weg von der Schulmedizin zur Impfkritik

Dr. med. Friedrich P. Graf, Facharzt für Allgemeinmedizin und Homöopathie, Buchautor

Wie gesund sind ungeimpfte Kinder?

Ergebnisse der Salzburger Elternstudie

Petra Cortiel, Leiterin vom impfkritischen Elternstammtisch Salzburg

Diagnose und Behandlung von Impffolgen und anderen Stressfaktoren mit Hilfe der Elektroakupunktur nach Voll (EAV)

Dr. med. Bernhard Weber, Naturheilkunde Tagesklinik AG, Marburg

„Stand der Impfdiskussion in Deutschland“

Wolfgang Böhm, Vorsitzender von „Libertas & Sanitas e. V.“

Moderation: Hans U. P. Tolzin, freier Journalist

Laufzeit: ca. 6 Stunden / ISBN 978-3- 9813286-1-5 / 29,90 Euro



Video-Mitschnitt auf DVD:

8. Stuttgarter Impfsymposium 2011

Das Stuttgarter Impfsymposium gilt als eine der wichtigsten impfkritischen Veranstaltungen im deutschen Sprachraum und ist regelmäßig mit hochkarätigen Referenten besetzt. Aus dem Inhalt:

Macht die Tetanus-Impfung Sinn?

Dr. med. Johann Loibner
Arzt für Naturheilverfahren,
Homöopathie, Österreichs
bekanntester Impfkritiker

Aktueller Stand der Impfdiskussion in Deutschland

Wolfgang Böhm, Vorsitzender
von „Libertas & Sanitas e. V.“

Zulassungsstudien - Anspruch und Realität

Dr. med. Klaus Hartmann, anerkannter Experte für Impfstoffsicherheit,
Gutachter für Impfschäden und Behörden-Insider

Sind Geimpfte gesünder? - Erfahrungen und Studien

Rolf Kron, praktischer Arzt, Homöopathie mit Praxis in Kaufering

Erfundene Seuchen - eine Herausforderung für die Demokratie?

Dr. med. Wolfgang Wodarg, Arzt mit Mehrfachqualifikation, Bundestagsabgeordneter a. D., Vorstandsmitglied bei Transparency Deutschland, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Europarat a. D.

Die Essener ‚Masern-Epidemie‘ im Jahr 2010 – ein Praxisbericht

Dr. med. Gabriele Zell, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Der Zusatzstoff Aluminium und seine Auswirkungen auf den Organismus

Dr. Gunter Gebhard, Doktor der Geologie, Ausbilder für Waldorflehrer in
Russland, Mitautor von „Chemie verstehen“

Moderation: Hans U. P. Tolzin, freier Journalist

Laufzeit: ca. 6 Stunden / ISBN 978-3-9813286-7-7 / 29,90 Euro