Jürgen Fridrich, Vorsitzender des Vereins Libertas & Sanitas e.V.:

Verhindert!
Der Vortrag, der anlässlich der 1. Nationalen Impfkonferenz in Mainz vom 5.-7. März 2009 nicht gehalten werden durfte:

Nutzen und Risiko von Impfungen - eine Bestandsaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,
das Robert Koch-Institut (RKI) und andere unter den Impfbefürwortern sehen die Mitglieder des Vereins Libertas & Sanitas e.V., zu dessen Vorstand ich gehöre, als Impfgegner an. Doch wir sind weder Impfgegner noch Impfkritiker, sondern wollen nur Beweise für den behaupteten Nutzen der Impfungen. Das ist eine in der Wissenschaft selbstverständliche Forderung.

Nachfolgend beleuchten wir beispielhaft die Hib-Impfung näher, und geben kurze Hinweise zu anderen Impfungen.
Lassen Sie mich an den Anfang drei Fragen stellen:

1. Glauben Sie, dass Prof. Kurth, der bis vor kurzem Präsident des RKI war, ein Impfkritiker oder Impfgegner war oder ist?
2. Kennen Sie den riesigen Datenschatz des Statistischen Bundesamtes sowie die Inhalte von Bundesgesundheitsblatt und Epidemiologischem Bulletin, die von den Bundesgesundheitsbehörden herausgegeben werden?
3. Wie soll aus Ihrer Sicht die medizinische Wissenschaft ihre Hypothesen beweisen, wenn nicht durch Zurückblicken, und wie soll dies möglich sein, wenn nicht mit Hilfe von leistungsfähigen Erfassungssystemen für Nutzen und Risiko von Impfungen, die frühzeitig zur Verfügung stehen?

Ist Kurth also ein Impfgegner?

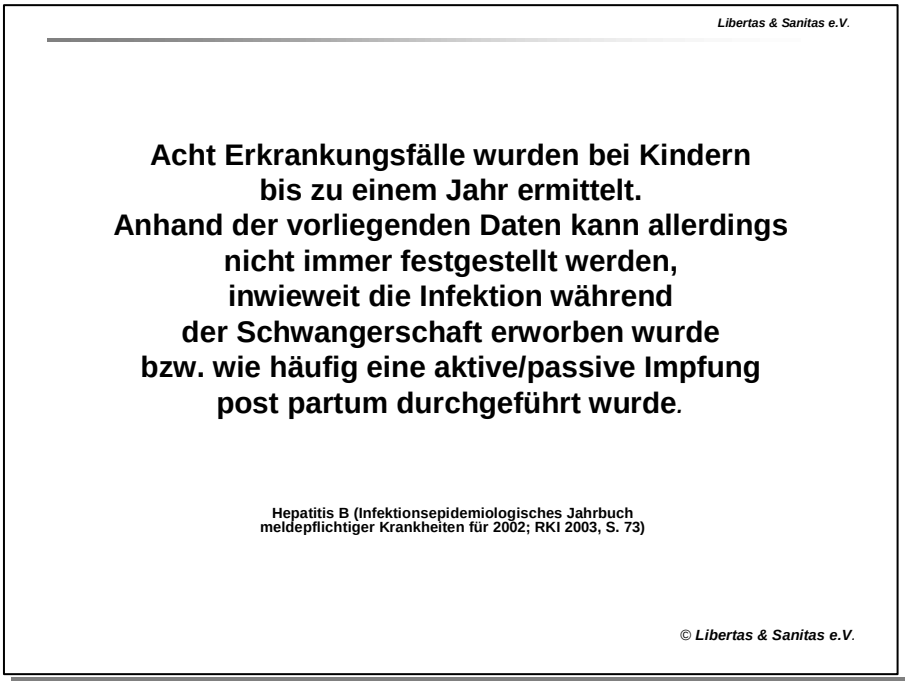


Abbildung 1:
Hepatitis B (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002; RKI 2003, S. 73)

Kurth bemängelt also, dass es trotz der geringen Fallzahlen nicht möglich ist, den Wert der Monoimpfung gegen Hepatitis B nach der Geburt einzuschätzen.

Libertas & Sanitas e.V.

Bei Kindern (Altersgruppe 0-14) wurde sogar nur in 2 von 22 Fällen der Kapseltyp angegeben...

Gegenwärtig können Aussagen zur Wirksamkeit der Hib-Impfung nur bedingt getroffen werden, weil die Informationen zum Impfstatus und zum Kapseltyp nicht vollständig genug sind...

Allerdings waren die zusätzlichen Angaben zur Impfung (Anzahl der bisher erhaltenen Impfdosen, Datum und Art der letzten Impfung) nicht immer vollständig...

Die Angaben zum Kapseltyp fehlten bei 50 (71%) der übermittelten Fälle und insbesondere auch bei 6 von 9 Erkrankungsfällen geimpfter Kinder.

Haemophilus influenzae Typ b (infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002, RKI 2003, S. 64, und zu 2005, RKI 2006, S. 81)

© ***Libertas & Sanitas e.V.***

Abbildung 2:
Haemophilus influenzae Typ b (infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2002, RKI 2003, S. 64, und zu 2005, RKI 2006, S. 81)

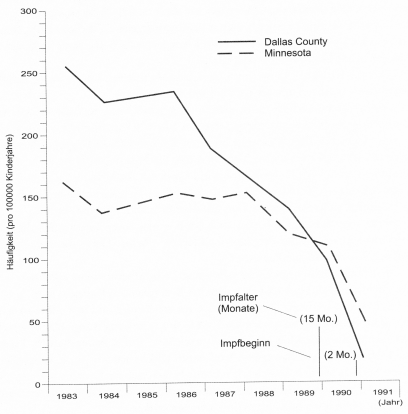
Kurth stellt somit fest, dass zum Nutzen der Hib-Impfung keine konkrete Aussage gemacht werden kann.

Ist Prof. Kurth mit solchen Feststellungen ein Impfgegner, oder weist er einfach nur auf die Tatsachen hin?

Werfen wir zur Hib-Impfung nun einen Blick nach USA. Dort finden wir im JAMA 1993 die folgende Darstellung.

Libertas & Sanitas e.V.

Abb. 10.1: Häufigkeit von Haemophilus influenzae Typ b-Fällen bei Kindern von 0-17 Monaten (1983-1991)



Quelle: Declining Incidence of Haemophilus influenzae Typ b Disease since Introduction of Vaccination, Murphy u. a.; JAMA 1993; 269: S. 246-48 (Rückgang der Hib-Krankheit seit Einführung der Impfung)

Aus Fridrich,
Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

© ***Libertas & Sanitas e.V.***

Abbildung 3:
Declining Incidence of Haemophilus influenzae Type b Disease since introduction of Vaccination, Murphy u. a., .JAMA 1993; 269: 246-48, aus Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen, Pirol 2006, S. 99

Sie zeigt uns zweifelsfrei, dass der dargestellte Rückgang der Erkrankungszahlen bei den jungen Säuglingen vor deren Impfung ab Oktober 1990 erfolgt ist. Das erste Kind hatte im Herbst 1991 vollständigen Impfschutz. Die Impfung kann also nicht die Ursache für die Abnahme sein. Dennoch lautet der Titel des Beitrages „Rückgang seit Einführung der Impfung". Erstaunlicherweise finden wir in derselben JAMA-Ausgabe noch zwei weitere Beiträge aus anderen Regionen der USA, die ähnliche Ergebnisse zeigen (Decline of Childhood Haemophilus influenzae Type b (Hib) Disease in the Vaccine Era, Adams u.a., JAMA 1993; 269: 221-26 und Decreases in Invasive Haemophilus influenzae Diseases in US Army Children, 1984 Through 1991, Broadhurst u. a., JAMA 1993; 269: 227-31).

Wie sieht es nun in Deutschland mit HIB aus? Von 1980 bis 2000 bestand eine Meldepflicht für so genannte „andere bakterielle Meningitiden", zu denen auch die gehören, bei denen Hib gefunden wird. Ein systematisches und vergleichsweise leistungsfähiges, weil aktives Erfassungssystem wurde erst ab 7/1992 eingesetzt: ESPED. Die Impfung aber kam schon ab 1990/91 zum Einsatz.
Besonders Isenberg aus Darmstadt bemühte sich, die Krankheitszahlen vor Impfbeginn schätzen zu können: ca. 1600 Hib-Fälle soll es pro Jahr gegeben haben, davon 60%, also etwa 960, Meningitiden (Haemophilus influenzae Typ b-Erkrankungen - früher und heute, lsenberg, Sozialpädiatrie 1992; 14: 690-94).

Als Wirksamkeitsbeweis nannte er eine Studie aus Finnland und eine aus USA, die übereinstimmend eine hohe Schutzwirkung gezeigt haben sollen, was nicht stimmt: die Finnen errechneten 83%, die US-Amerikaner nur 35%, wobei die Autoren auch eine völlige Wirkungslosigkeit der Impfung nicht ausschlossen (Efficacy of Haemophilus Influenzae Type b Polysaccaride-Diphtheria Toxoid Conjugate Vaccine in Infancy, Eskola u.a., NEJM 1987; 317: 717-22 und Limited Efficacy of a Haemophilus influenzae Type b Conjugate Vaccine in Alaska Native Infants, Ward u.a., NBJM 1990; 323: 1381-87).

Interessanterweise hinderten diese sehr unterschiedlichen Ergebnisse niemand auf der Welt, diese Impfung einzusetzen, anstatt, was wissenschaftlich wäre, mit einer weiteren Untersuchung die Unterschiede zu klären.

Schauen wir nun auf der nächsten Darstellung, was in Deutschland passiert ist.
Die oberste Linie stellt die Zahl aller „anderen bakteriellen Meningitiden" dar, also ohne die Meningokokkenfälle. Sie schwankt zwischen ca. 1000 und 1800 jährlich. Darunter im linken Bildbereich sehen wir als waagerechte Linie die geschätzten ca. 960 Hib-Meningitiden, die also den Großteil an der Gesamtzahl ausmachen sollen. Sie finden den Impfbeginn, der in verschiedenen Quellen unterschiedlich angegeben wird, und 7/1992 den Start von ESPED. Dieses Erfassungssystem ermittelte anfangs ca. 70 Fälle jährlich, mit langsam abnehmender Tendenz, wie die Kurve ganz rechts unten zeigt. Der Rückgang von geschätzten 960 Hib-Meningitiden vor Impfbeginn auf ca. 70 wird als Erfolg der Impfung angesehen. Sie ist ja der Stolz der modernen Impfzeit; ähnlich konstruierte Impfstoffe finden wir gegen Meningokokken C und Pneumokokken.

Abb. 10.2: »Andere bakterielle Meningitiden« (abM) und Hib-Impfungen (Haemophilus influenzae Typ b, Deutschland 1980-2000)

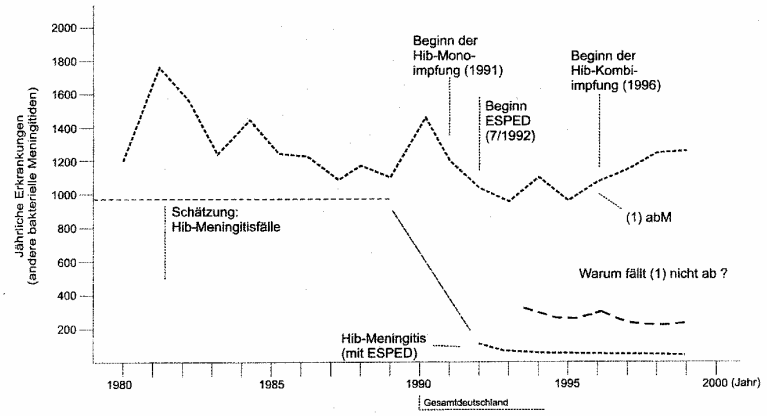


Abbildung: Hib-Impfungen: Auf der Suche nach der Wirksamkeit, Fridrich, Impfnachrichten 4/2004, S. 4-25
Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden/Bonn, andere bakterielle Meningitiden werden seit 1980 erfaßt, Meldepflicht endete 12/2000
(ESPED: Erfasssung schwerer pädiatrischer Erkrankungen in Deutschland)

Aus Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet, Pirolverlag 2006

© ***Libertas & Sanitas e.V.***

Abbildung 4:
„Andere bakterielle Meningitiden“ und Hib-Impfung (Deutschland 1980-2000), aus Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen, Pirol 2006, S. 101

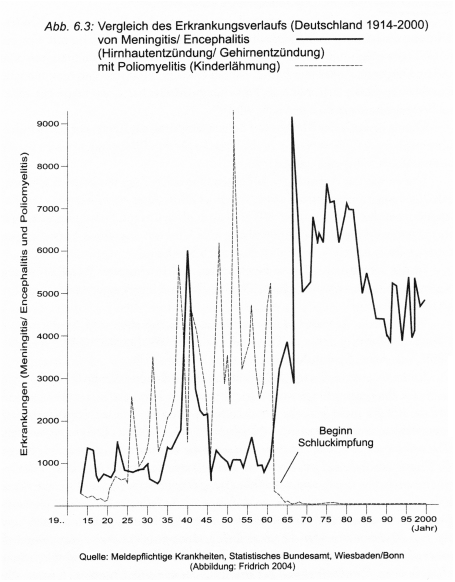
Aber, meine Damen und Herren, warum nimmt die Gesamtzahl aller Meningitiden nicht ab, obwohl doch fast 900 Hib-Fälle verschwunden sein sollen? Die obere Linie müsste im rechten Bildteil einen steilen Abfall auf ein Niveau zeigen, wie es rechts unten mit der mittleren Kurve angedeutet ist. Warum geschah das nicht? Hat es die geschätzten Hib-Fälle nicht gegeben? Dann verringert sich auch die Gesamtzahl nicht. Oder haben die Hib-Bakterien gemerkt, dass sie bekämpft werden sollen, und ihre Arbeit den anderen Typen, auch den unbekapselten überlassen, oder sogar anderen Erregern, wie Pneumokokken usw.?

Was haben Kinder davon, wenn die Zahl invasiver Erkrankungen nicht zurückgeht, aber andere Erreger gefunden werden? Und wieso wurde die Meldepflicht für „andere bakterielle Meningitiden“ mit dem Infektionsschutzgesetz aufgehoben, obwohl sich deren Zahl nicht verringert hat? Wer diese Zusammenhänge nicht erkennt, wird versuchen, einen Erreger nach dem anderen mit Impfungen zu bekämpfen; ein sinnloses Unterfangen, aber Realität, wie Sie wissen. Peltola berichtete 1993 im Lancet, dass andere Erreger schon bereit stehen, um dieselben Komplikationen hervorzurufen (H. influenzae in the post-vaccination era, Peltola, Lancet 1993; 341:864-65). Macht es irgendeinen Sinn, jetzt gegen Pneumokokken, und bald auch gegen andere Hi-Erreger zu impfen? Wer die Tatsachen anschaut, kann das nur verneinen; außerdem wird das unbezahlbar, angesichts der Zahl bekannter Bakterien, die noch alle einspringen können (replacement).
Ohne ein wirkungsvolles Erfassungssystem schon lange vor Impfbeginn ist eine Bewertung von Impfungen unmöglich.

Hier wechseln wir kurz zur Kinderlähmung, deren Rückgang der Impfung zugeordnet wird.
Sie sehen hier 2 Kurven: die gestrichelte stellt die Erkrankungen an Polio dar, die andere die an Meningitis/Encephalitis; beides von 1914-2000 in Deutschland. Etwa zum Zeitpunkt des Anwendungsbeginns der Schluckimpfung gibt es einen steilen Abfall der Fälle von Polio. War die Impfung dessen Ursache? Fast gleichzeitig finden

wir eine starke Zunahme bei Meningitis/Encephalitis Und es gibt dort, im Gegensatz zur Situation nach dem 2. Weltkrieg, keinen Rückgang mehr auf die „Grundrate“ von ca. 1000 Fällen pro Jahr. Was war passiert? Es fand ein Wechsel der Definition der Polio statt - nur noch Fälle mit lang andauernden Lähmungen wurden gezählt. Außerdem stellte schon Fanconi (Der Wandel der Medizin, Huber 1970) fest, dass der Großteil der Fälle, die für Polio gehalten wurden, wohl Coxsackie waren. Deshalb musste die Diagnose Meningitis/ Encephalitis zunehmen und konnte auch nicht mehr auf ca. 1000 p.a. zurückgehen.

Libertas & Sanitas e.V.



Aus Fridrich,
Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet,
Pirolverlag 2006

© *Libertas & Sanitas e.V.*

Abbildung 5:
Vergleich der Häufigkeit von Erkrankungen an Meningitis/Encephalitis mit Poliomyelitis (Deutschland 1914-2000), aus
Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet — Tatsachen statt Expertenmeinungen;
Pirol 2006, S. 81

Kehren wir zur Hib-Impfung zurück und hier ist auch die Ständige Impfkommission (STIKO) gefordert. Vor einer Impfempfehlung ist in Frage 10 ihres Entscheidungskataloges zu klären, wie Impfungen im Vergleich zu anderen Maßnahmen zu bewerten sind. Sind uns z. B. alle Untersuchungen zum Stillen unbekannt, die den Schluss nahe legen, dass schwere Hib-Erkrankungen vorwiegend ein Problem von Flaschenkindern sind? Die Finnen sehen im langen Stillen und hohen Stillraten den Grund, warum der Gipfel der Häufigkeit von Hib bei ihnen erst um den 2. Geburtstag, in USA aber schon 1 Jahr früher liegt (Risk factors of invasive haemophilus influenzae type b disease among children in Finland, Takala u.a., The Journal of Pediatrics 1989; 115: 694-701).

Andere Autoren wundern sich, dass es überhaupt einen Häufigkeitsgipfel geben kann, wenn schützende Antikörper vor Anwendung der Impfung erst mit 36 Monaten vorliegen (Antibody to Polyribophosphate of Haemophilus influenzae Type b in Infants and Children: Effect of Immunization With Polyribophosphate, Anderson u.a.; JID 1977, 136: 57-62).

Hinzu kommt, dass es aus der Anfangszeit der Hib-Impfung in Deutschland nur sehr wenige Zahlen zu den Impfraten gibt, etwa aus Brandenburg im Infektionsreport von 1999. Die Daten der Schulanfänger ergaben 1994 ca. 20% (also Geburtsjahrgang 1989), 1995 ca. 35% und 1997 ca. 70%. Bis 1996 wurde Hib nicht getrennt erfasst,

sondern mit „sonstigen bakteriellen Meningitiden“ zusammen; es ist daher nicht möglich, einen Trend für Brandenburg aufzuzeigen, heißt es ehrlich. Frau Ellsäßer war übrigens am Report beteiligt.

An dieser Stelle loben wir ausdrücklich die Arbeiten, die aus den östlichen Bundesländern kommen. Denn dort sind viele Krankheiten meldepflichtig, zu denen wir im Westen nur schätzen. Und es wird systematisch der Impfstatus der Erkrankten erfasst – das ist Wissenschaft.

Im Gegensatz dazu stehen Aussagen, wie die folgenden. Wir zitieren Heininger (stellvertretender Vorsitzender der STIKO): „Wir schätzen die Wirksamkeit der FSME-Impfung mit 95% hoch ein, und deshalb ist sie sehr gut“ (Kinderimpfung, Heininger, lrisiana 2004). Und Schmitt (bis 2008 STIKO-Vorsitzender): „Schätzungen seines Kollegen Wirsing von König belegen die Keuchhusten-Inzidenz“ (Prävention von Pertussis, Schmitt, KIPRA 7/2000; S 426-32).

Auch verschiedene andere Veröffentlichungen zum Hib-Impfstatus im Bundesgesundheitsblatt zeigen, dass in der Anfangsphase weniger als 50% geimpft wurden. Bekannt dürfte Ihnen sein, dass die vollständige Impfung regelmäßig deutlich nach dem empfohlenen Impfzeitpunkt vorliegt und vor wenigen Jahren noch leichte Erkrankungen als Kontraindikation galten. Beides macht einen Einfluss der Impfung auf den Rückgang der Krankheitszahlen noch unwahrscheinlicher, oder glauben Sie, dass es ausreicht, weniger als ein Viertel der Kinder zu impfen, um eine 90%ige Abnahme zu erzielen?

An dieser Stelle seien zwei Beispiele aus dem Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1134, dargestellt, die zeigen, wie Wissenschaft nicht funktioniert.

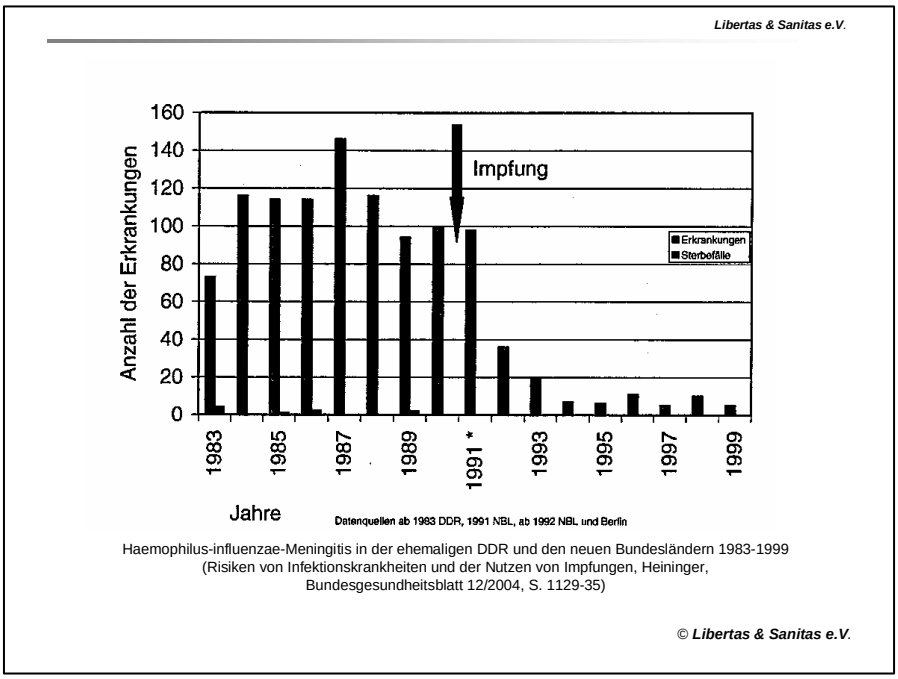
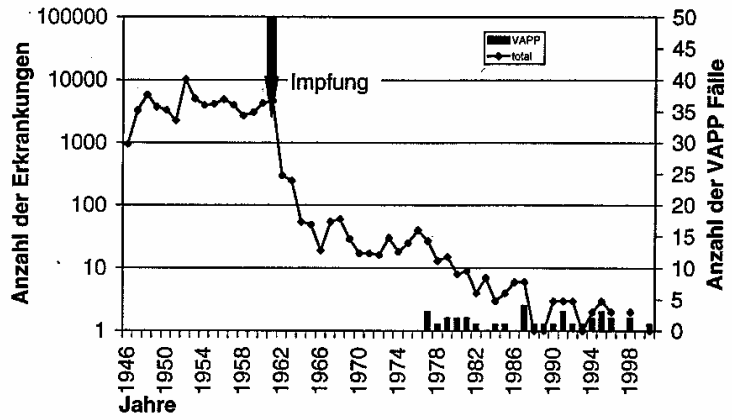


Abbildung 6:
Haemophilus-influenzae--Meningitis in der ehemaligen DDR und den neuen Bundesländern 1983-1999 (Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen, Heininger, Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1129-35)



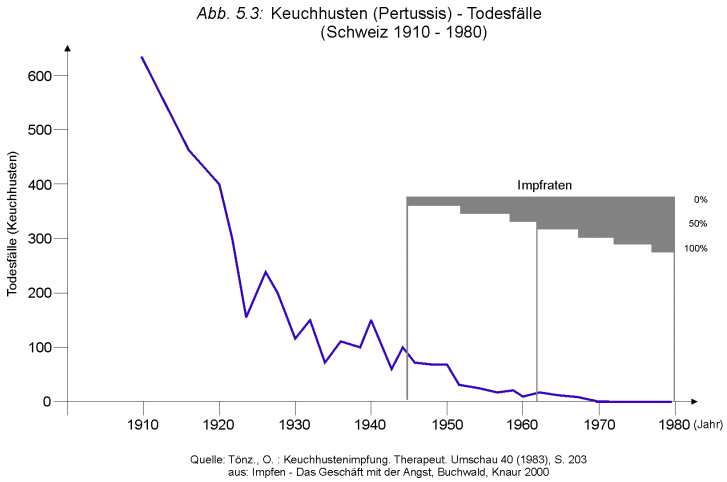
Poliomyelitiserkrankungen in Deutschland 1946-1999 (Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen, Heininger, Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1129-35)

© Libertas & Sanitas e.V.

Abbildung 7:
Poliomyelitiserkrankungen in Deutschland 1946-1999 (Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen, Heininger, Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1129-35)

Diese zeigen, dass ein wesentliches Problem bei der Bewertung von Nutzen und Risiko der Impfungen darin besteht, dass dazu keine medizinischen Kenntnisse von Nöten sind, sondern Anwendung der Grundlagen von Mathematik und Statistik, logisches Denken und die Bereitschaft zur Objektivität. Es reicht nicht aus, einen Pfeil „Impfbeginn, Zulassung o. ä." an einen zeitlichen Verlauf der Krankheitshäufigkeit zu machen. Das ist kein Beweis, dass der nachfolgende Rückgang auf die Impfung zurückzuführen ist, sondern dieser Beweis muss erst erbracht werden. Beide Darstellungen zeigen nur zeitliche Zusammenhänge, die ohne Angabe von Impfraten und weiteren Informationen, z. B. Krankheitsdefinition, Falldefinition, keinerlei ursächliche Schlüsse zulassen.

Dass man das besser machen kann, zeigt uns die Darstellung aus der Schweiz.



Grafikdarstellung verändert durch Fridrich: Impfen mit den Augen des Herzensbetrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen, Pirol 2006)

© Libertas & Sanitas e.V.

Abbildung 8:
Keuchhustenimpfung, Tönz, Therapeutische Umschau 40 (1983), S. 203 (aus: Impfen – das Geschäft mit der Angst, Buchwald, Knauer, 2000; Grafikdarstellung verändert durch Fridrich: Impfen mit den Augen des Herzensbetrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen, Pirol 2006)

Hier können wir wenigstens erkennen, ob Impfungen auf den Verlauf deinen Einfluss gehabt haben könnte. Ohne zusätzliche Angaben ist ein möglicher positiver Einfluss jedoch nicht beweisbar. Erinnert sei daran, dass erst mit dem Infektionschutzgesetz ab 2001 systematisch Falldefinitionen eingeführt wurden. Besonders gravierend ist dies z. B. für Hepatitis-B-Fälle. Wer die geänderte Definition nicht kennt, die hilft, hauptsächlich akute Fälle zu melden, oder das vergisst, der kann keinerlei Aussagen zur Bedeutung der Impfungen machen.

Wir hoffen sehr, dass Herr Antes als neues Mitglied in der STIKO hier hilft, Wissenslücken in der STIKO zu schließen. Es ist schon erschütternd, wenn bei der Ausbildung von Mathematikern und Statistikern an den Universitäten Beispiele aus der Medizin gezeigt werden, wie Statistik nicht angewandt werden darf. Jeder Schüler der gymnasialen Oberstufe wundert sich über solche Darstellungen und die falschen, weil unerlaubten Schlussfolgerungen. Jeder, der seine diesbezüglichen Irrtümer überwinden möchte, sollte das Buch „Der Schein der Weisen“ lesen (Hoffmann und Campe 2002, Beck-Bornholdt/Dubben).

An dieser Stelle gehe ich kurz auf die Aussage „Ich traue nur der Statistik, die ich selbst gefälscht habe“ ein, die von Churchill stammen soll. Diese wird dem Wesen der Statistik nicht gerecht. Die Abbildungen über die Veränderung der Häufigkeit von Krankheiten und Todesfällen stellen einfach nur die jährlichen Meldezahlen dar. Wenn nun, sei es mangels Kenntnis oder mit Absicht, diese anders benutzt werden, als in der Statistik vorgesehen, so ist diese dafür ja nicht verantwortlich. Das ist wie mit einem Messer: ich kann mir damit Butter auf ein Brot streichen oder jemanden töten. Das Messer ist nicht dafür verantwortlich, ob ich es aus Unwissenheit oder absichtlich anders, also zum Töten, verwendet habe. Auch für den Getöteten ist das nicht bedeutsam.

Wer die nachfolgenden Informationen zur Influenzagrippe kennt, der muss sich fragen lassen, warum er die Impfempfehlung hinnimmt. Wir gehen davon aus, dass zumindest von den Angehörigen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Epidemiologische Bulletin (EB) des RKI und das Bundesgesundheitsblatt regelmäßig gelesen werden.

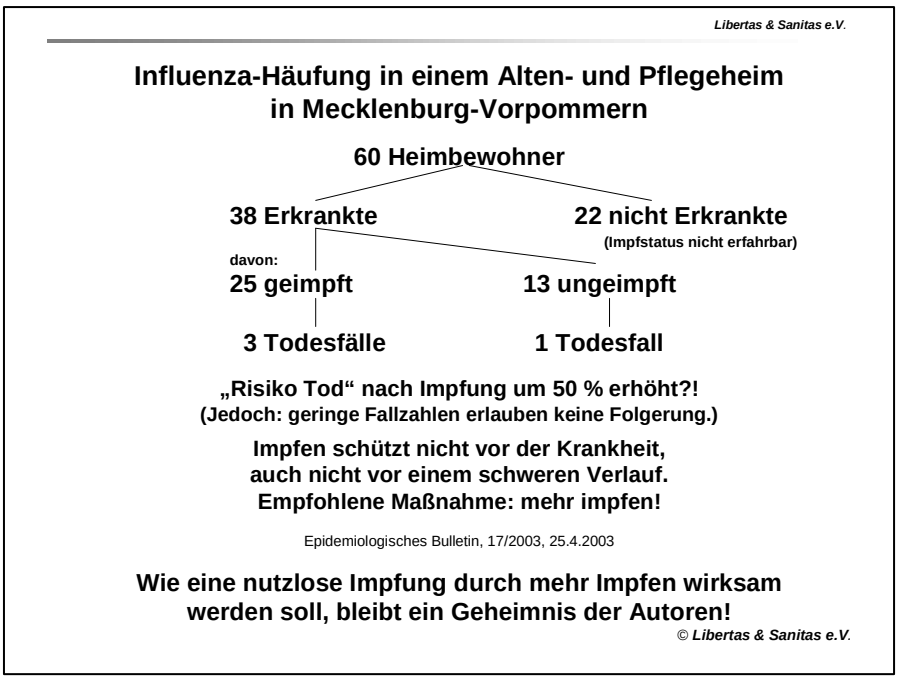


Abbildung 9:
Influenza-Häufung in einem Altenheim in Mecklenburg-Vorpommern
(EB 17/2003 vom 25.4.2003)

Die Impfung verhindert weder die Erkrankung, noch, wie gern behauptet wird, deren schweren Verlauf. Beides wird im Text des Berichtes auch so beschrieben. Aber wie soll dann „mehr impfen“ helfen?

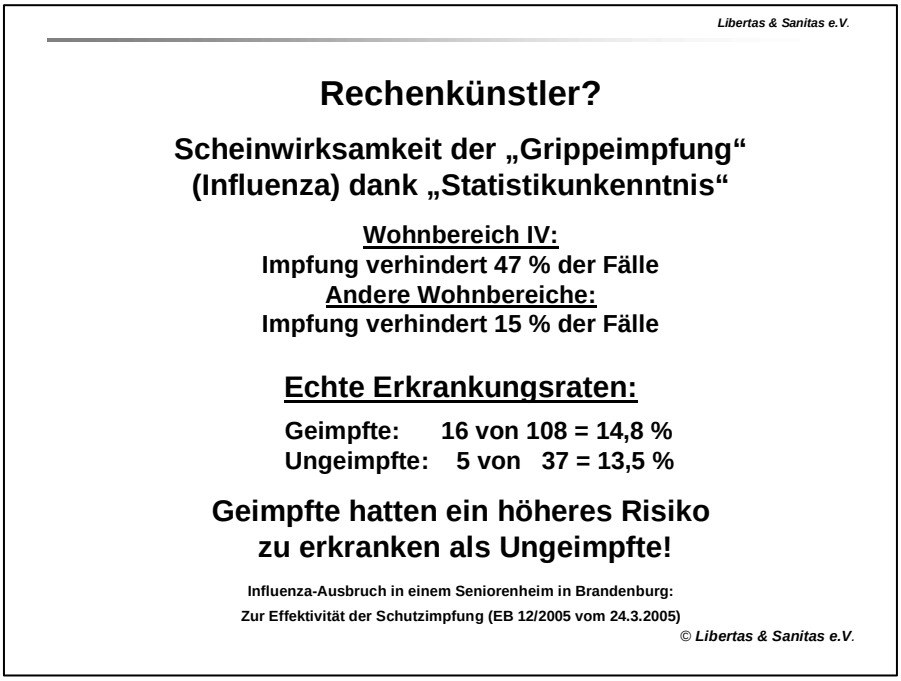


Abbildung 10:
Influenza-Ausbruch in einem Seniorenheim in Brandenburg:
Zur Effektivität der Schutzimpfung
(EB 12/2005 vom 24.3.2005)

Es werden statistische Berechnungen durchgeführt, die sich bei der geringen Zahl der Personen verbieten.

Wenden wir uns nun Masern und der WHO zu. Ist es berechtigt, dem „Masernausrottungsprogramm“ der WHO einfach zu folgen, nur weil diese es allen Regierungen empfiehlt? Oder sollte nüchtern wissenschaftlich versucht werden, den Sinn der Maßnahme zu überprüfen?

Um diese Fragen beantworten zu können, machen wir zunächst einen Ausflug zur Tuberkulose und der BCG-Impfung, was im ersten Moment nichts mit den Fragen zutun zu haben scheint.

Abbildung 11:
Chapter 8,
Bacille Calmette-Guerin Vaccine,
Vaccines 1999,
Plotkin/Orenstein,
111-39)

Vielleicht fragen Sie sich, wie so etwas passieren kann? Nun, die US-Behörden als Herausgeber von „Vaccines“ sind deshalb so ehrlich zur BCG, weil sie nur dort und in den Niederlanden nie massenweise eingesetzt wurde. Im Gegensatz dazu veranlassten WHO und UNICEF, wie wir in Vaccines weiter lesen können, nach dem 2. Weltkrieg BCG-Massenimpfprogramme in den übrigen Ländern der Welt.

Fanconi (Der Wandel der Medizin, Huber 1970) stellt noch 1970 fest, dass die BCG heute nach jahrzehntelanger Erfahrung auf der ganzen Welt, nachdem viele Millionen Kinder geimpft worden sind, als wirksam und ungefährlich betrachtet werden kann. Doch Betrachtungen können täuschen, wie wir jetzt sehen werden.

Von 1969-1976 führte die WHO selbst in Indien eine große BCG-Impfstudie mit je ca. 130.000 geimpften und nicht geimpften Kindern durch. Das Ergebnis, das 1979 veröffentlicht wurde, erschütterte die Fachwelt: Geimpfte erkrankten häufiger und erlitten nicht selten schwere Impfkomplikationen (Trial of BCG vaccines in south lndia for tuberculosis prevention: first report, Bulletin of the WHO 1979, 57(5): S. 819-27). Doch schon 1981 wurde die BCG von den Experten weiterempfohlen, ohne eine Studie zur Begründung zu liefern. Bis heute wird auf dieser Grundlage in den ärmeren Ländern so geimpft. Hinzu kommt, dass auch schon frühzeitig Langzeitdaten aus verschiedenen Ländern vorlagen, die zeigten, dass der Rückgang der Tuberkulose ohne Einfluss der Impfung erfolgt ist (z.B. McKeown: Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp 1982).

Welche Gründe gibt es, in Kenntnis dieser Zusammenhänge, sich auf den Sachverstand bei der WHO zu verlassen und Masernimpfprogramme durchzuführen? Und dabei sogar Einschränkungen der Grundrechte der Menschen in Kauf zu nehmen, wie es 2006 der deutsche Ärztetag in Magdeburg forderte. Diese Menschen sollten sich zunächst einmal die Tatsachen zum Impfen anschauen, und dazu ist es sehr hilfreich, mit Menschen zu sprechen, die solide wissenschaftlich arbeiten; das bringt mehr, als diese zu „Impfgegnern“ abzustempeln.

Der eben erwähnte Fanconi zitiert Schulten (Der Arzt): Vielen wird die Frage, die mehrfach in diesem Buche auftaucht, ob das Vorhandensein von Ärzten für die Menschheit ein Segen oder ein Fluch sei, unnötig oder gar lächerlich erscheinen. Als Wissenschaftler muss man auch sie diskutieren.

Kennen Sie die nachfolgende Veröffentlichung aus Finnland, die schon 1998 erschienen ist? Die Finnen suchten 9 Jahre lang - die Studie wurde 1989 durchgeführt - nach Gründen für das Versagen der Impfung.

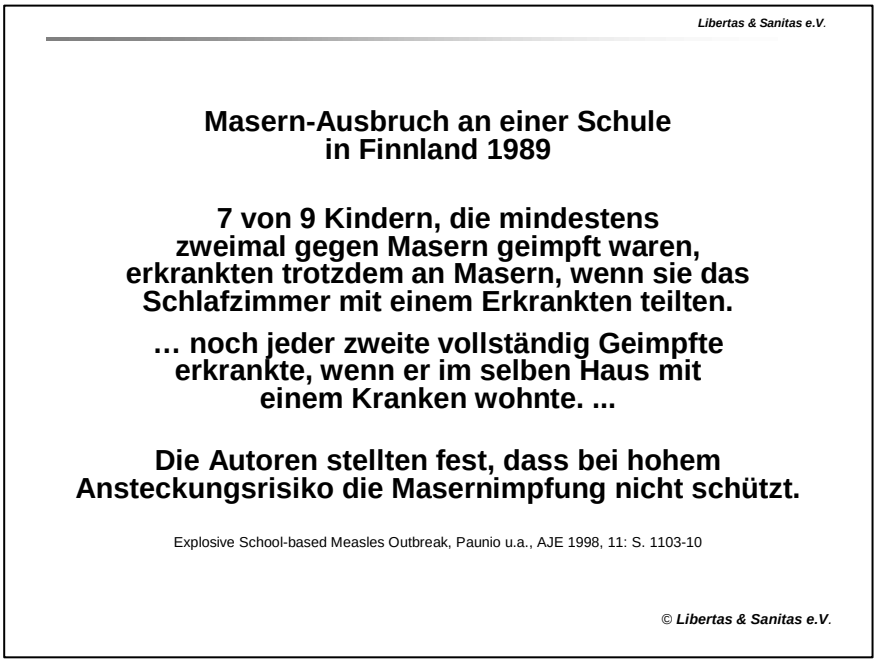


Abbildung 12:
Explosive School-based Measles Outbreak, Paunio u.a., AJE 1998, 11: S. 1103-10

Meine Damen und Herren, damit ist das lnfektionsschutzgesetz nicht mit der Wirklichkeit vereinbar und seine derzeitige Anwendung nicht zu rechtfertigen. Denn es werden ja nur Ungeimpfte z.B. vom Schulbesuch ausgeschlossen, wenn dort ein Masernfall auftritt.

Was ist von den Aussagen der WHO zu halten, dass pro Jahr mehrere hunderttausend Menschen, besonders in den ärmeren Ländern an Masern sterben? Die dänische Forschergruppe um Aaby, die lange Erfahrung mit dem Einsatz von Impfungen in Afrika (Guinea-Bissau) hat, kommt zu dem Schluss, dass Masern gar keine Auswirkung auf die langfristige Sterblichkeit der Kinder haben (Dazugelernt: Vorgefasste Meinungen sind mächtig, Aaby, Praxis-Depesche 5/2005).

Damit macht es keinen Sinn, gegen Masern zu impfen, sondern wir müssen uns fragen, welche Maßnahmen hier positiv Einfluss nehmen. Dann sind wir wieder bei Aspekten, wie langem Stillen, sinnvoller, ausreichender Folgeernährung, Hygiene, sozialen Veränderungen, sauberes Frischwasser und gesicherte Abwasserversorgung.

Das hat u. a. der vorher erwähnte McKeown ausführlich beschrieben. Helfen wir also den Menschen z.B. in Afrika, ihre Brunnen ausreichend tief bohren zu können, damit sie nicht unter den gesundheitsschädlichen Folgen des Ausbeutens ihrer Rohstoffe durch die Industriestaaten leiden müssen, etwa einer Kontamination des Wassers, oder der Verringerung der Ackerflächen und deren Verödung.

Hilfe zur Selbsthilfe, nicht Anleitung zur Übernahme so genannter zivilisatorischer Kultur, ist ein möglicher Weg. Wir alle sind den Menschenrechten verpflichtet, nicht dem Wunsch, Impfraten zu erhöhen. Es geht um eine nachhaltige Hilfe, nicht darum, immer neue Impfstoffe gegen alte oder neue Erreger zu entwickeln, ohne den Nachweis des Sinns dieser Maßnahme.

Sehr empfehlenswert ist es, einmal das Grundgesetz, besonders Artikel 5, zu lesen. Wer sich bewusst ist, warum das Grundgesetz entstanden ist, der fragt sich vielleicht, ob die heutige Informationspraxis zum Impfen überhaupt mit unserer Verfassung vereinbar ist.

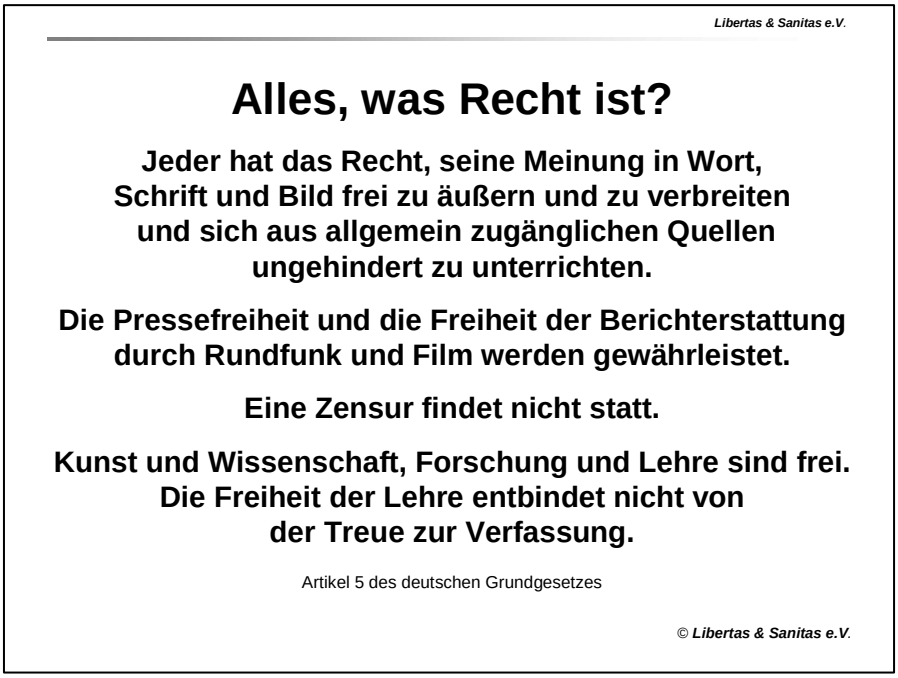


Abbildung 13:
Grundgesetz Artikel 5

In den Schulbüchern meiner heute 15-jährigen Tochter finden wir auch interessante Ausführungen zum Pressekodex, zu dem sich die Medien selbst verpflichtet haben.

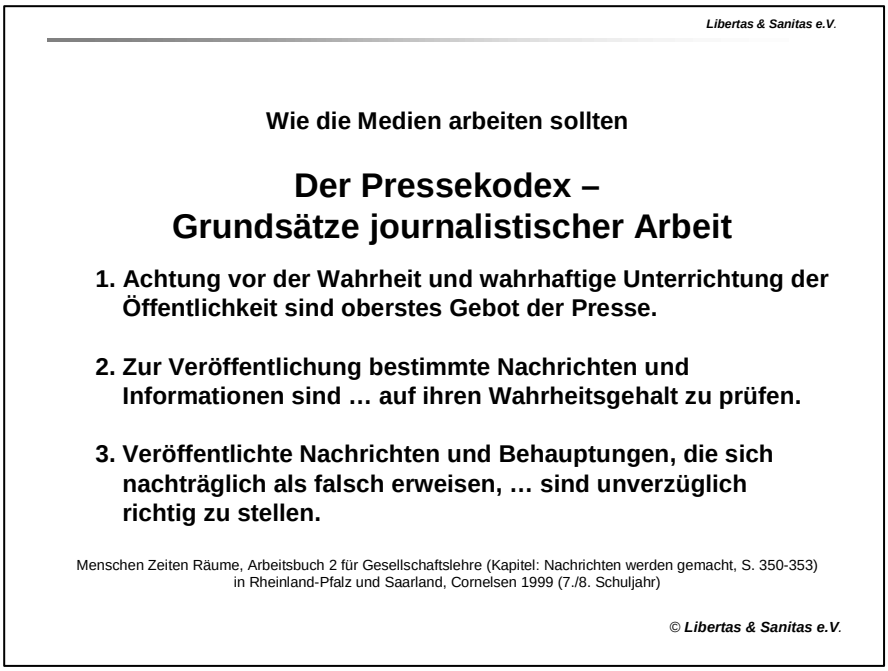


Abbildung 14:
Pressekodex

Wenn wir die Inhalte von Grundgesetz und Pressekodex sehen, dann erkennen wir sofort, dass bezüglich Impfungen erhebliche Defizite bestehen. Bürger und auch Ärzte haben ein Recht auf uneingeschränkte Information, um ihre Entscheidungen beim Impfen, besonders auch der Kinder, verantworten zu können.

Meine Damen und Herren, ohne den Nachweis des Nutzens von Impfungen stellt sich die Frage nach den Risiken nicht. Da aber trotzdem geimpft wird, erfahren Sie auch hierzu einige Tatsachen.

Kommen wir jetzt zu möglichen unerwünschten Wirkungen von Impfungen, und da können wir aus Finnland interessante Informationen bekommen. Die Impfraten in Finnland gehören wohl zu den höchsten auf der Welt, jedoch gibt es dort auch die weltweit höchste Diabetes-1-Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen. Wenn wir jetzt zwei Studien der Finnen vergleichen, die einmal die Eliminierung der Hib-Erkrankungen und zum anderen den Freispruch der Hib-Impfung als mögliche Ursache von Diabetes beschreiben, so finden wir eklatante Widersprüche. In der ersten Studie wird behauptet, dass die Impfung 1986 begann und dann die Hib-Krankheit rasch verschwand. In der zweiten wurde angeblich erst 1993 geimpft, um zu vermeiden, dass der Verdacht einer Koinzidenz von Impfung und Diabetes entsteht (Rapid disappearance of Haemophilus influenzae type b meningitis after routine childhood immunisation with conjugate vaccines, Peltola u. a., Lancet 1992; 340: 592-94 und Association between type 1 diabetes and Haemophilus influenzae type b vaccination: birth cohort study, Karvonen u.a., BMJ 1999; 318: 1169-72).

Das heißt, dass der Verdacht von Impfungen als Ursache von Diabetes eben nicht ausgeräumt wurde, wie überall behauptet wird. Entweder war der Impfbeginn 1986, dann bleibt der Verdacht eines ursächlichen Zusammenhangs zu Diabetes Typ 1 bestehen. Genau genommen kann der Verdacht auch durch den bloßen Vergleich der zeitlichen Entwicklung von Impfbeginn und Veränderung der Diabetes-Inzidenz ohne zusätzliche Angaben (z. B. Impfraten, Impfstatus der Diabeteskranken, Falldefinition, Meldekriterien) gar nicht ausgeräumt werden, weil verschiedene Einflüsse unterschiedliche Wirkungen haben können, z.B. Stillraten und Stilldauer.

Wenn die Impfung aber erst 1993 angewandt wurde, dann kann sie nicht der Grund für das Verschwinden der Hib-Erkrankungen sein. Entweder war der Impfbeginn 1986 oder 1993, nur eines ist möglich. Meine Damen und Herren, merken Sie, wie fragwürdig viele Aussagen zum Impfen werden, wenn man die allgemein zugänglichen Daten der Meldeämter und aus der Fachliteratur sorgfältig analysiert? Es reicht nicht aus, Studien nur zu zitieren, sondern wir müssen sie auf ihre Schlüssigkeit untersuchen. Dann erscheint uns das Gebäude des Impfens wie ein Dominospiel: wenn wir einen Baustein anstoßen, fällt das ganze Gebäude zusammen. Voraussetzung, um das zu erkennen, sind angewandte Grundkenntnisse von Mathematik und Statistik, Bereitschaft zu wissenschaftlicher Objektivität und logischem Denken.

Im Bundesgesundheitsblatt 4/2002 (Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein, Dittmann, S. 316-22) wird berichtet, dass es zu 2/3 aller nach Impfungen im Kindesalter beschriebenen Komplikationen keine Untersuchungen gibt, die beweisen können, ob die Impfungen deren Ursache sind oder nicht. Er nimmt Bezug auf die Aussagen der US-Behörden CDC aus Vaccines (1999). In derselben Ausgabe lesen wir bei Keller-Stanislawski/Hartmann, dass davon auszugehen

ist, dass nur etwa 5 % aller möglichen Impffolgen gemeldet werden (Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 344-54). Die Meldedaten können also nicht die Frage beantworten, ob Impfungen oder bestimmte Impfstoffe „sicher“ sind, sie können lediglich Hinweise auf neue Risikosignale liefern, erfahren wir auch (Keller-Stanislawski u.a., Verdachtsfälle von Impfkomplikationen nach dem lnfektionsschutzgesetz und Verdachtsfälle von Nebenwirkungen nach dem Arzneimittelgesetz vom 1.1.2001 bis zum 31.12.2003, Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1151-64).

Bezeichnend für den Stand unseres Wissens ist der Umgang mit Quecksilber in Impfstoffen. Erstmals im Jahr 2000 wurde eine Studie veröffentlicht (Iatrogenic exposure to mercury levels after hepatitis B vaccination in preterm infants, Stajich u.a., J Pediatr 2000; 136: 679-81), bei der bei Säuglingen der Blutwert vor und nach einer Impfung ermittelt wurde, erfahren wir aus einem Bericht des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) im Bundesgesundheitsblatt (Thiomersal und Impfungen, Weisser u.a., 12/2004, S. 1165-74). Dies hatte zur Folge, dass Thiomersal aus Kinderimpfstoffen herausgenommen wurde. Vielleicht 70 Jahre lang wurden Kinder geimpft, ohne vor der Anwendung ein Erfassungssystem einzurichten, das wissenschaftliche Aussagen ermöglicht.

Glauben, hoffen und wünschen wir also nur, dass Impfungen sicher sind? Wo sind die Beweise? Selbst die US-Behörde CDC schreibt in der „Bibel der Impfbefürworter“ Vaccines, dass es weltweit kein funktionierendes System der Risikoerfassung gibt Auch ihr eigenes VAERS mit Meldung selbst durch Laien erfasst max. 10 % der Impffolgen.

Die Bewertung möglicher Impffolgen in 5 Stufen nach dem WHO-System ist daher gar nicht möglich, weil wir ohne Studien über ursächliche Zusammenhänge eben nichts wissen können. Trotz dieses Unwissens vor Gericht in Impfschadensprozessen zu argumentieren, wir wüssten, dass ein nach einer Impfung eingetretener Schaden nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Impfung stünde, ist verantwortungslos. Da der Zusammenhang aber weder den Gutachtern, noch den Richtern, und leider auch den betroffenen geimpften Kindern und Erwachsenen nicht klar ist, kommt es fast immer zur Ablehnung solcher Anträge, und das nach oft jahrzehntelangem Prozessieren.

Es ist eine Schande für die gesamte medizinische Wissenschaft, dass niemand widerspricht, wenn Prof. Löwer, der Präsident des PEI, öffentlich erklärt, dass „es wahrscheinlicher sei, dass der Tod der Mädchen nach der Gardasil-Impfung andere Gründe als die Impfung habe, und wir deshalb annehmen müssten, dass die Impfung nicht die Todesursache sei“. Meine Damen und Herren, mit Wahrscheinlichkeitsaussagen können Sie nie eine Todesursache ausschließen, sondern, wie schon das Wort sagt, nur eine Aussage machen, für wie wahrscheinlich Sie das halten. Für die Eltern vorher gesunder Kinder ist, wenn keine andere Ursache erkennbar ist, jedoch eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit der Impfung als Ursache gegeben.

Es ist beschämend, dass wir eine ähnlich „scheinwissenschaftliche“ Argumentation betreiben, wie etwa beim so genannten „Plötzlichen Kindstod“ als mögliche Folge von Impfungen. Sobald betroffene Eltern, deren Anwälte bzw. die Gerichte von unseren Ausführungen zur „Scheinlogik“ Kenntnis erhalten, wird ein Wendepunkt auch bei der Bewertung der Impfrisiken eintreten.

Hierzu zitiere ich nochmals Schmitt zur alten Ganzkeim-Keuchhustenimpfung:

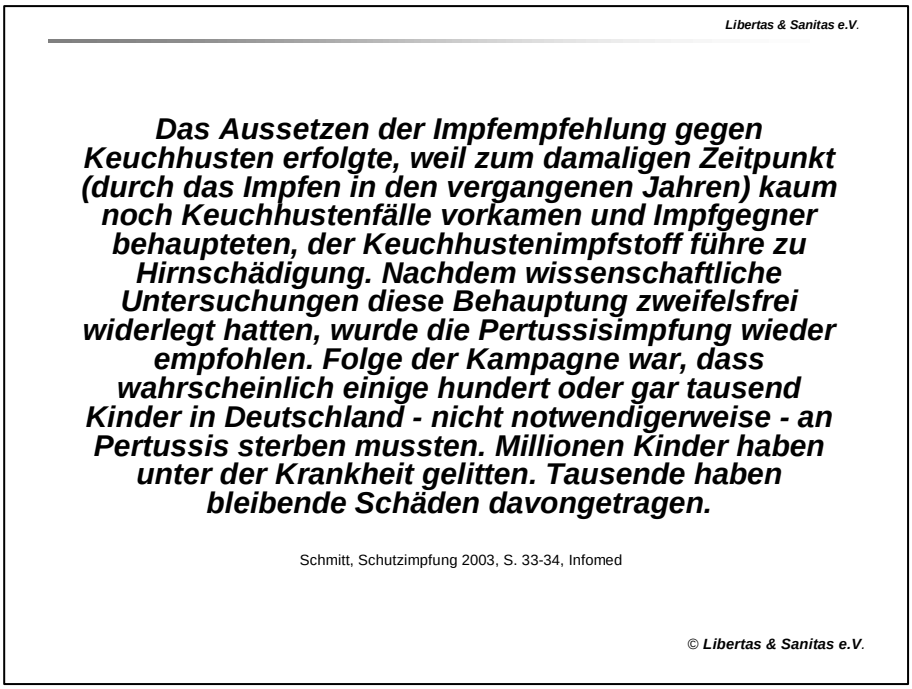


Abbildung 15:
Schmitt, Schutzimpfung 2003, 5. 33/34, Infomed

Mitautoren in diesem Buch sind u. a. auch Walter Haas u. Annedore Tischer (RKI), Wolfram Hartmann, Rolf Heckler (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt), Christel Hülße (ehemals STIKO), Rüdiger v. Kries (STIKO), Burghard Schneeweiß (ehemals STIKO), Fred Zepp (STIKO). Heininger stellt in seinem Buch „Kinderimpfung“ ähnliche Behauptungen auf. Kennen diese alle den Stand der Wissenschaft nicht, der in der Bibel der Impfbefürworter - Vaccines -beschrieben ist (National Vaccine Injury Compensation Program: Encephalopathie nach Keuchhustenimpfung)? Die US-Behörden entschädigen seit etwa 1993 bis heute Betroffene solcher Impfschäden und bei uns wird behauptet, dass alle Experten sich einig sind, dass es solche gar nicht gegeben hat.

Das erinnert sehr an Erkenntnisse zum Wissenschaftsverständnis von Louis Pasteur: 1995 wurde veröffentlicht, dass dieser Wissenschaftsbetrug begonnen hatte. Auch das scheint in der Ärzteschaft noch nicht angekommen zu sein.

Das ehemalige STIKO-Mitglied Ehrengut beschreibt deren Unkenntnis deutlich (Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland von 1955-2004, Ehrengut, Books on Demand 2004). Ist es nicht fragwürdig, wenn dieser von Schmitt als „Impfgegner“ bezeichnet wird? Und Ehrengut zeigt auch, dass die Impfung in Hamburg gar nicht die Ursache des Rückganges schwerer Keuchhustenfälle war.

Erschreckende Unkenntnis tritt zu Tage, wenn wir uns diesbezüglich nochmals den schon vorher erwähnten Beitrag von Schmitt in der KIPRA (7/2000, S. 426-32, Prävention von Pertussis) ansehen.

Abbildung 16:
Schmitt, Prävention von Pertussis, Kinderärztliche Praxis 7/2000, S. 426-32

Meine Damen und Herren, die Meldepflicht für Keuchhustenerkrankungen endete schon 1961 mit dem Bundesseuchengesetz. Es lässt sich daher gar nicht belegen, welchen positiven Einfluss die Impfung vor der Aufhebung der Impfempfehlung 1974 gehabt haben könnte. Außerdem waren die Impfzahlen vor 1974 so niedrig, dass höchstens 40% der Neugeborenen 1x oder etwa 10% vollständig geimpft werden konnten (Bundesgesundheitsblatt 26/1983, S. 148).

Ehrengut belegt in seinem schon genannten Buch, dass in Hamburg weder eine Zunahme der Krankenhaus- noch der Todesfälle an Keuchhusten eintrat, als dort schon 1962 die Impfempfehlung aufgehoben worden war.
Die Meldepflicht für Todesfälle endete erst im Dezember 2000 mit dem Infektionsschutzgesetz. Es zeigte sich, dass in Deutschland keine Zunahme der Keuchhustensterbefälle ab 1974 auftrat. In der Zeit von 1959-1974 (mit DTP-Impfung) starben etwa 1500 Menschen an Keuchhusten, im 16-Jahreszeitraum von 1975-1990 (ohne allgemeine Impfempfehlung) gab es ca. 110 Todesfälle. Spricht das für die Impfung?

Sind denn allen auch diese Meldedaten des Statistischen Bundesamtes unbekannt und die niedrigen Impfraten vor 1974?

Wenn Sie unsere Ausführungen neugierig gemacht haben sollten, so werfen Sie einen Blick in mein Buch „Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet - Tatsachen statt Expertenmeinungen“. Oder schauen Sie die „Impfnachrichten“ 4/2004 (21 Seiten über die Hib-Impfung) und 3/2004 (Keuchhusten) an, die Libertas & Sanitas e.V. veröffentlicht hat.

Eigentlich müsste Ihnen vieles sehr vertraut vorkommen, was Sie in meinem Vortrag gehört und gesehen haben. Denn es handelt sich um Informationen der Meldebehörden bzw. aus der internationalen medizinischen Fachliteratur.

Der englische Professor für Sozialmedizin McKeown veröffentlichte schon 1979 in englisch und 1982 in deutscher Ausgabe sein Buch „Die Bedeutung der Medizin“. Im Bundesgesundheitsblatt 8/2001 (Rosenbrock: Was ist New Public Health?, S. 753-62) wurde über seine Erkenntnisse ausführlich berichtet, u. a. lesen wir dort Folgendes:

Medizinische Forschung und Dienste sind fehlgeleitet, was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird.

Zurückschauen und Objektivität zeigten ihm, dass unsere Gesundheit überwiegend Veränderungen zu verdanken ist, die außerhalb der Medizin zu finden sind. Manche Impfungen können auf einen Blick erkennbar nicht Ursache solcher Veränderungen gewesen sein, bei anderen müssen wir etwas nachdenken, um das zu beweisen und einzusehen.

Meine Damen und Herren, ohne den Beweis des Nutzens gibt es keine Grundlage der Anwendung für Impfungen.
Lassen Sie mich mit zwei Zitaten schließen, die auch zum Thema Impfungen Aussagekraft besitzen.

Aus einem Irrtum wird keine Wahrheit,
auch wenn man ihn noch so weit verbreitet.
Aus einer Wahrheit wird kein Irrtum,
auch wenn kein Mensch sie sieht.

(Gandhi)

Es ist sinnlos, jemand etwas beweisen zu wollen,
der nicht anerkennt, dass Beweise anerkannt werden sollen.

(Steinbuch)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Im März 2009

Weitere Informationen zur 1. Nationalen Impfkonferenz und zum Nutzen von Impfungen finden Sie unter www.libertas-sanitas.de.

Der Autor ist unter folgender Adresse erreichbar:

Libertas & Sanitas e.V.
Jürgen Fridrich
Lindenstraße 41
56290 Sevenich
Telefon: 06762/8556
Fax: 06762/960648
info@libertas-sanitas.de