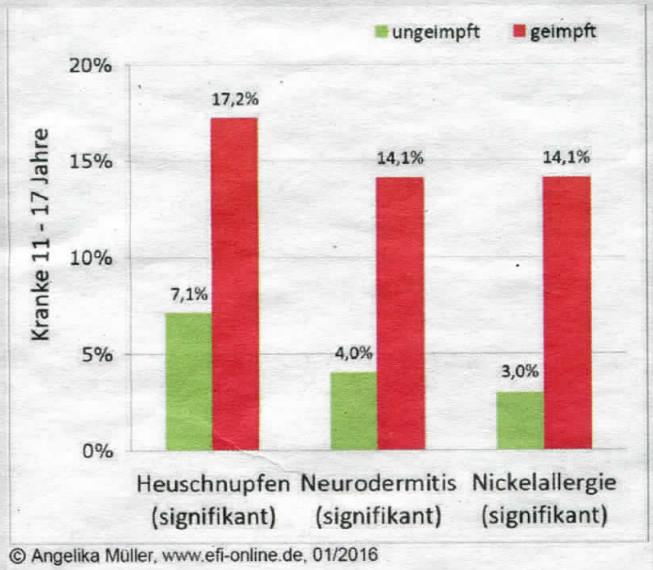
Ergebnis einer unabhängigen Auswertung: Ungeimpfte Kinder sind gesünder als geimpfte!

Studien, die geimpfte und ungeimpfte Probanden vergleichen, sind in der Welt der Zulassungsbehörden und Impfstoffhersteller schwerer zu finden, als die Nadel im Heuhaufen. Doch die unabhängige Auswertung der staatlichen KiGGS-Studie durch die Informatikerin Angelika Müller präsentierte 2016 einen aussagekräfigen Vergleich zwischen geimpften und ungeimpften Kindern.

«KiGGS» ist die grösste Studie über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die jemals in Deutschland durchgeführt wurde. Verantwortlich ist das Robert Koch Institut (RKI), die deutsche Seuchenbehörde. Von fast 18 000 Teilnehmern wurden jeweils etwa 1500 Daten erfasst und schliesslich unter grossem Aufwand Schritt für Schritt ausgewertet.

Bereits ihre ersten Auswertungen zeigten, dass Ungeimpfte deutlich weniger von Heuschnupfen, Neurodermitis, Nickelallergien, ADHS, Skoliose, Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen, der Häufigkeit mancher Infektionen, der Notwendigkeit von Logopädie sowie dem Tragen einer Brille betroffen waren.



© Angelika Müller, www.efi-online.de, 01/2016

Foto: efi-online.de

Quelle: *epochtimes.de, Ungeimpfte Kinder sind gesünder – Verschleiert Robert-Koch-Institut Ergebnisse der KiGGS-Studie mit Rechentricks?, 28.01.2016*



Studie belegt: Nicht geimpfte und wenig geimpfte Kinder sind gesünder

In einer Studie – veröffentlicht in der Zeitschrift der «American Medical Association» (JAMA) – wurde durch die Ermittlung der Frequenz der ambulanten Behandlungen und Notfallbesuche im Krankenhaus festgestellt, dass wenig oder gar ungeimpfte Kinder gesünder waren als geimpfte. Das Ziel dieser Studie war, die Auswirkungen von alternativen Impfplänen zu untersuchen, in denen eine zeitliche Streckung, eine Verzögerung oder ein Verzicht zumindest einiger Impfungen empfohlen wurde. Kinder, die einem solchen alternativen Impfschema folgten, wurden mit Kindern verglichen, die die zugelassenen Impfstoffe in einer «fristgerechten» Weise empfangen hatten. Die bahnbrechende Studie bewertete Daten (erfasst von 2004 bis 2008) von mehr als 320.000 Kindern im Alter von 2 bis 24 Monaten. Es zeigte sich, dass wenig oder nicht geimpfte Kinder im Vergleich zu altersgemäss geimpften Kindern deutlich weniger ambulante Behandlungen und Notfallbesuche im Krankenhaus in Anspruch nahmen.

Die Studie lässt den Schluss zu: Je seltener Kleinkinder geimpft werden, desto robuster ist ihr Immunsystem und desto besser ist demzufolge ihr Gesundheitszustand. Ausserdem fanden die Autoren heraus, dass trotz des immensen politischen, unternehmerischen und medizinischen Drucks die Tendenz, Kinder wenig oder gar nicht impfen zu lassen, stark angestiegen ist.

Quelle: *The JAMA Network: A Population- Based Cohort Study of Undervaccination in 8 Managed Care Organizations Across the United States. Authors: Jason M. Glanz, PhD; Sophia R. Newcomer, MPH; Komal J. Narwaney u.a.*



«Wenn wir uns den isolierten Autismus ansehen, erkennen wir, dass es eine bis zu siebenfache Zunahme der Fälle von Autismus bei denjenigen gab, die den Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff (MMR) zwischen dem 12. Und 18. Lebensmonat verabreicht bekamen - im Vergleich zu denen, die erst nach drei Jahren geimpft wurden. Aber eines ist völlig klar: Jedes Kind in der Studie hatte den MMR-Impfstoff erhalten. Wie würden die Zahlen aussehen, wenn man Kinder, die den Impfstoff zwischen 12 und 18 Monaten erhielten, mit nicht geimpften Kindern vergleichen würde? [...] Das CDC (amerikanische Seuchenbehörde) weigert sich, diese Studie durchzuführen. Und das obwohl für jedes Medikament, das es auf dem Markt gibt, genau so eine Studie ausgeführt wurde. Da gibt eine Gruppe, die das Medikament nimmt, und dann vergleicht man diese mit der Gruppe, die das Medikament nicht nimmt. Dann erkennt man, ob mehr Nebenwirkungen oder Komplikationen in der Gruppe auftreten, die das Medikament nimmt. Warum verweigert das CDC die Geimpft-gegenüber-Nicht-Geimpft-Studie? Wahrscheinlich, weil wir dann erkennen würden, dass die Risiken astronomisch hoch wären. Und das ist wahrscheinlich auch einer Hauptgründe für die weltweit explosive Zunahme des Autismus.»

Del Bigtree, Produzent der impfkritischen Dokumentation «Vaxxed»

2. Bewertung des tatsächlichen Gesundheitszustandes und nicht allein der Laborwerte

Foto: shutterstock/moon.monday



Anforderung: Wenn wir uns von einer Impfung einen gesundheitlichen Vorteil für unsere Kinder oder für uns selber versprechen, meinen wir damit natürlich den tatsächlichen Gesundheitszustand, wie er zum einen subjektiv vom Geimpften, zum anderen von aussen durch Beobachter wahrgenommen wird. Ein gesunder Mensch ist vital, aktiv, sportlich, voller Tatendrang und Lebensfreude, im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte. Menschen, die diese Kriterien erfüllen, können ganz unterschiedliche Laborwerte haben. Zum einen, weil die Menschen unterschiedlich sind, zum anderen, weil diese Laborwerte nur indirekte, also interpretierbare, Messwerte liefern. Drittens weil auch ihre Eichung oft auf Interpretation anderer indirekter Messwerte basiert und zuletzt deshalb, weil alle Labortests aus verschiedenen Gründen zu einem bestimmten Prozentsatz Messfehler liefern. Man tut deshalb besser daran, sich nicht allein auf Labortests zu verlassen.

Von einer wissenschaftlichen Studie ist zu erwarten, dass möglichst viele – von jedem nachvollziehbare – Parameter ausgewertet werden, wie Fieber, Hautzustand, Leistungsfähigkeit, Ausdauer, vor allem aber auch die subjektive Eigenwahrnehmung des Probanden, wie Schmerzen, Unwohlsein, Gemütszustände und so weiter. Was nützen beispielsweise unserem Kind gute Antikörperwerte, wenn es zwar keine Masern bekommt, aber dafür Neurodermitis oder eine Lernstörung? Was interessieren uns als Eltern andererseits möglicherweise aus der «Norm» fallende Laborwerte, wenn unser Kind voller Vitalität, Lebensfreude und Unternehmungslust und gleichzeitig «gut in seiner Mitte» ist?

Realität: Bei nahezu allen aktuellen Impfstoffen spielte in den Zulassungsstudien der tatsächliche Gesundheitszustand allenfalls eine sekundäre Rolle. Bezüglich der Wirksamkeit dienen ausschliesslich der Antikörpertiter und neuerdings der Laborwert «Viruslast» als Messwert.

Der Antikörpertiter als Wirkungsnachweis der Schuldmedizin

OFFIZIELLE VERSION

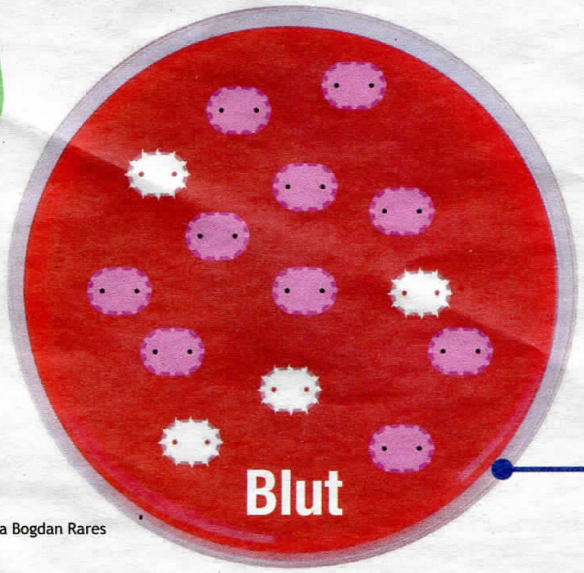


Foto: Zaharia Bogdan Rares

Wenige Wochen nach einer Impfung soll die Impfreaktion abgeschlossen sein. Die Antikörper und Gedächtniszellen im Blut sind nun laut Schulmedizin ausgebildet und könnten zukünftig den echten Krankheitserreger aufspüren und unschädlich machen. Deshalb wird als Wirksamkeitsnachweis der Impfung die Menge an Antikörpern (Antikörpertiter) im Blut gemessen. Doch führt eine höhere Anzahl von Antikörpern auch wirklich zu einem gesundheitlichen Schutz?

Das Blut wird im Labor nach Antikörpern untersucht. Doch sagt die Anzahl der Antikörper im Blut überhaupt etwas über die Schutzwirkung einer Impfung aus?



Foto: shutterstock/motortion films

Beweist der Antikörpertiter wirklich eine Immunisierung?

Da der Vergleich zwischen Geimpften und Ungeimpften so gut wie nicht vorkommt, misst man in den meisten Zulassungsstudien bei den Testpersonen vor und nach der Impfung den sogenannten Antikörperspiegel im Blut. Antikörper sind hochkomplexe Eiweissverbindungen, die vom Organismus im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten ausgeschüttet werden und aus Sicht der Schulmedizin zur Abwehr von spezifischen Fremdstoffen und Erregern dienen. Im Impfstoff sind diese spezifischen Erreger in veränderter Form enthalten, damit das Immunsystem zwar in Alarmzustand versetzt wird, aber keine reale Gefahr besteht, dass diese Erreger sich ausreichend vermehren und eine Krankheit auslösen können. Die Erreger werden in der Regel mit Formaldehyd behandelt. Ihre Hüllenproteine werden durch die chemische Reaktion soweit verändert, dass ein Eindringen in die Körperzellen nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich ist. Eine neuere Variante ist, nicht mehr ganze Erreger, sondern nur noch einzelne Bestandteile ihrer Hülle in einen Impfstoff zu packen. Auf diese Weise behält der Impferreger einen Teil seiner typischen Eigenschaften, denn er soll ja das Immunsystem dazu anregen, Antikörper zu bilden. Je mehr auf den Impferreger abgestimmte Antikörper vom Immunsystem gebildet werden, desto grösser die Schutzwirkung – so die Hypothese der Impfexperten. Überprüfen wir also, wie die wissenschaftliche Beweislage für diese Hypothese aussieht.

Nur eine unbewiesene Hypothese?



Die Frage muss lauten: Wann, wie und von wem wurde eindeutig bewiesen, dass die Menge der nachweisbaren Antikörper eine Aussage über Immunität bzw. über Krankheitsempfänglichkeit zulässt? Oder anders gefragt: Wann wurde wie und von wem bewiesen, dass Menschen mit hohen Antikörpertitern in Bezug auf die entsprechende Krankheit einen gesundheitlichen Vorteil gegenüber Menschen ohne nachweisbare Antikörpertiter besitzen? Dazu müssten eigentlich wissenschaftliche Studien mit entsprechender Aussagekraft vorliegen. Wenn Menschen mit hohen Titern (Titer=Menge eines Stoffes) einen gesundheitlichen Vorteil gegenüber Menschen ohne nachweisbare Titer haben, sollte es den Mitarbeitern der zuständigen Gesundheitsbehörden ein Leichtes sein, bei Anfragen die entsprechenden Studien zu benennen.

Keine wissenschaftlichen Beweise für Verbindung zwischen Antikörpertiter und Immunität

Der Impfkritiker Hans Tolzin stellte Fragen betreffend dem gesundheitlichen Vorteil bei höherem Antikörpertiter an die zuständigen Behörden, das Robert Koch Institut (RKI) und das Paul Ehrlich Institut (PEI). Hier die Antwort des RKI vom 1. Februar 2005:

«Weder das RKI noch die STIKO betrachten die Höhe der Antikörper(AK)-Konzentration als alleiniges Kriterium für eine Immunität und definieren diese auch so nicht. Die für eine langfristige Immunität besonders wichtige zelluläre Immunität (immunologisches Gedächtnis) ist von den nachweisbaren AK-Titern nicht abhängig und deshalb dienen AK-Titer häufig nur als ‚Surrogatmarker' (Anm.: Ersatzparameter) für die Immunität. Die STIKO empfiehlt z. B. nach Impfungen keine routinemässige Testung auf Antikörper. Bei bestimmten Krankheiten mit langfristig stabilen AK-Titern nach Impfung oder Erkrankung kann man allerdings aus dem Nachweis spezifischer Antikörper auf eine erfolgte Infektion mit bestimmten Erregern oder eine erfolgte Impfung schliessen und damit indirekt auch auf eine vorliegende Immunität. Nicht nachweisbare oder niedrige AK-Titer sind jedoch kein Beweis für eine nicht vorhandene Immunität.»

Laut der zuständigen Bundesseuchenbehörde sagt ein fehlender Titer also nichts über eine fehlende Immunität aus! Zudem sagt das RKI eben nicht, dass der AK-Titer die Immunität beweist, sondern nur dass er als «Surrogatmarker» darauf hindeutet (so wie Rauch auf Feuer hindeutet).

Nachdem Hans Tolzin Beweise für die Behauptungen in der Antwort eingefordert hatte, konnte das RKI auf keine einzige wissenschaftliche Studie verweisen. Die zuständigen Bundesoberbehörden gehen also von der Schutzwirkung eines hohen Antikörpertiters aus (obwohl er laut Antwort nur ein Surrogatmarker ist), können sich aber nicht auf entsprechende wissenschaftliche Beweise berufen.



Immun ohne Antikörper

Bereits Emil von Behring, einer der berühmtesten Schüler von Robert Koch und Pionier der Tetanus-Serumtherapie, machte die erstaunliche Beobachtung, dass manche hochgradig immunisierten Tiere über keinen nachweisbaren Antikörpertiter verfügten:

«So habe ich im Laufe der Zeit tetanusimmunisierte Schafe gefunden, in deren Blut fast gar keine Antikörper mehr nachweisbar waren, und die trotzdem einen höheren Grad von Immunität besassen, als zu einer Zeit, wo das Maximum der Antikörper erreicht war.» [1]

Innerhalb der geltenden Erreger-Antikörper-Lehre kann es das eigentlich gar nicht geben. Bei der Bestimmung des Immunschutzes und der Zulassung eines Impfstoffs ist der gemessene Antikörpertiter bis heute das Mass aller Dinge. Da müssen solche Phänomene irritieren. Wenn nicht durch die Antikörper, wodurch hat sich diese bereits vor über 100 Jahren von Emil v. Behring beobachtete Immunität dann ergeben?

Erkrankung trotz hohem AK-Titer

Während einer Massenimpfkampagne gegen Diphtherie in England und Wales wurden 62 von insgesamt 80 erfassten, vorher eindeutig geimpften, Diphtheriefällen näher untersucht. Bei 25 dieser 62 Proben (40 %) wurde ein Antikörper-Titer von 0,1 Masseinheiten ermittelt – ein Wert, der bis heute als ausreichend für eine Immunität angesehen wird. Bei fünf Patienten betrug der Titer sogar 10 Einheiten (also das Hundertfache!) und mehr, sieben hatten einen Titer zwischen einem und acht Einheiten und 13 zwischen 0,1 und 0,8 Einheiten. Zitat:

«Es war kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Krankheit und den vorhandenen Antikörpern erkennbar.» [2]

Ein Grossteil der Personen mit hohem Antikörpertiter erkrankte trotzdem an Diphterie.

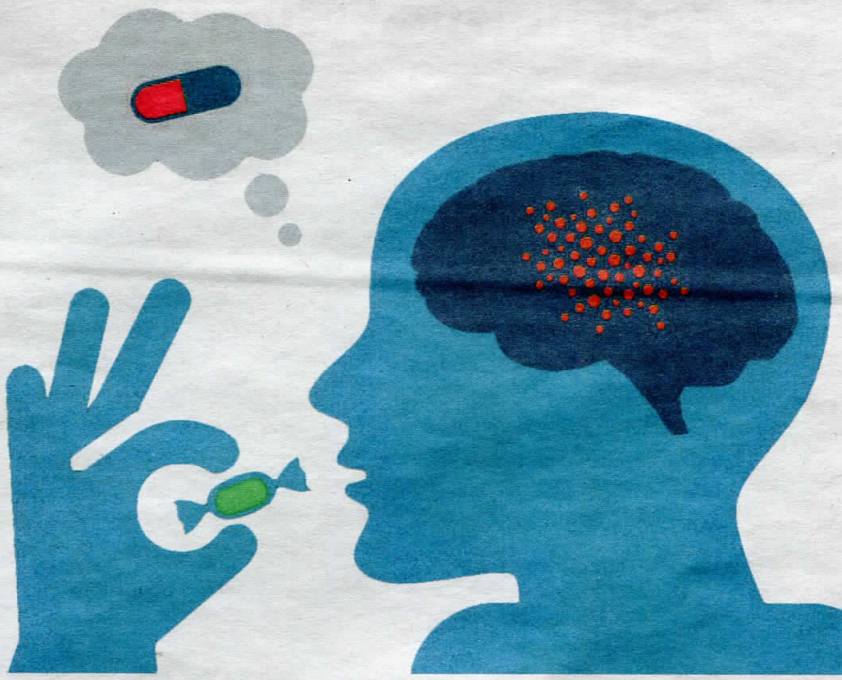
Auch bei Tetanus beobachten wir dieses Phänomen. Dr. Viera Scheibner berichtete von 9 Tetanusfällen bei Kindern mit hohem Antikörpertiter. [3] Eine Studie in der Zeitschrift «Neurology» berichtete 1992 von drei Patienten mit hohem Antikörpertiter, die trotzdem schweren Tetanus bekamen. Ein weiterer Bericht erschien 1988 in der Zeitschrift JAMA: In diesem Fall war der gemessene Titer sogar 16-mal so hoch wie für den vermeintlichen Schutz benötigt. [4]



Foto: shutterstock/Romariolen

Quellen:
1. Peters, Arno: «Über Immunisierungs- und Heilversuche von Tetanus bei weissen Mäusen», Inaugural-Dissertation, Berlin 1895, S. 17f
2. A Study of Diphtheria in Two Areas of Great Britain, Percival Hartley et. al., Medical Research Council, Special Report Series No. 272, London 1950
3. zitiert bei Viera Scheibner: «Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod», Hirthammer 2000, S. 270
4. Passen, E.L.; Andersen, B.: Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody. JAMA, 1988; 25519:1171-3

3. Verwendung eines echten Placebos

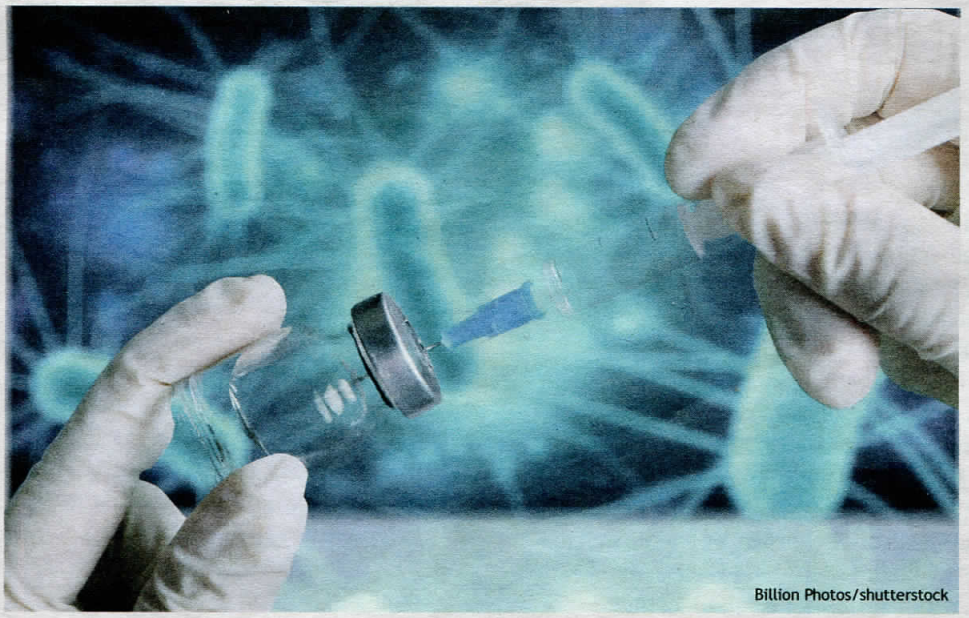


Anforderung: Wie man heute weiss, ist allein der Glaube an die Wirkung eines Medikaments in der Lage, eine Besserung oder gar Heilung von Symptomen zu erreichen. Man nennt dies den Placebo-Effekt. Deshalb reicht es nicht aus, Geimpfte mit völlig Ungeimpften zu vergleichen, denn es könnte ja sein, dass die vermeintliche Wirksamkeit der Impfung allein auf dem Placebo-Effekt beruht. Um hier Klarheit zu schaffen, muss auch die ungeimpfte Gruppe eine Impfung erhalten, und zwar eine wirkungslose Placebo-Impfung. Für gewöhnlich besteht das Placebo aus einer physiologischen Kochsalzlösung, die in den verwendeten Mengen nachweislich keinerlei Wirkung oder Nebenwirkung entfaltet.

Realität: Wie bereits festgestellt, beruht der Wirkungsnachweis bei den meisten Impfstoffen nicht auf vergleichenden Studien, so dass auch keine Placebo-Impfstoffe zum Einsatz kamen. In den wenigen Fällen, in denen vermeintliche Placebos eingesetzt wurden, bestanden sie nicht allein aus wirkungsloser Kochsalzlösung, sondern ihnen wurden aluminiumhaltige Adjuvanzien (Zusatzstoffe) (siehe S.37) beigemischt, die sich in gleicher Menge auch im Originalimpfstoff befanden. Diese sogenannten Adjuvanzien scheinen in vielen Impfstoffen erst dafür zu sorgen, dass es überhaupt erst zu einer messbaren Antikörperreaktion kommt. Dies ist wohl notwendig, weil die abgeschwächten Erreger, die im Impfstoff enthalten sind, vom Organismus sonst nicht als gefährlich eingeordnet würden. Das «Placebo» ist demnach höchstwahrscheinlich überhaupt kein Placebo, denn es beinhaltet den Zusatzstoff, der entscheidend zur Wirkung des Impfstoffes beiträgt oder sie vielleicht sogar alleine hervorruft.

Teufel versus Beelzebub: Schein-Placebos

Placebokontrollierte Doppelblindstudien stellen die einzige Möglichkeit dar, Wirkung und Risiko eines Impfstoffs objektiv zu erfassen. Nun gibt es auch im Impfbereich neuerdings wenige vergleichende Studien. Allerdings enthalten hier die sogenannten «Placebos» entweder, wie im Falle der HPV-Impfstoffe, Aluminiumsalze, oder einen «Virusstabilisator» unbekannter Zusammensetzung. Eine dritte Variante sind Zulassungsstudien, in denen der zu prüfende Impfstoff mit einem anderen Impfstoff verglichen wird. Es ist, als ob man den Teufel mit dem Beelzebub vergleicht, beide sind möglicherweise gleich «gut». Vergleiche ich den Teufel jedoch mit einem Engel, sieht das Ergebnis jedoch völlig anders aus. Das gilt selbst dann, wenn der neue Impfstoff ein deutlich besseres Sicherheitsprofil aufweist als ein älterer: Ein verurteilter Serienmörder, der «nur» zehn Opfer auf dem Gewissen hat, mag neben einem Massenmörder wie ein Waisenknabe aussehen, aber er bleibt ein Mörder. Oder möchten Sie mit einem Serienmörder unter einem Dach leben, nur weil es noch schlimmere Täter als ihn gibt? So ist es auch mit den Impfstoffen. Selbst wenn das Sicherheitsprofil von Impfstoff 1 besser ist als das von Impfstoff 2, kann es sein, dass Impfstoff 1 schwere Nebenwirkungen auslöst. Der Vergleich zweier Impfstoffe ermöglicht also keinen realistischen Blick auf das Sicherheitsprofil dieser Produkte. Darum darf ich Geimpfte nicht mit anderen Geimpften, sondern muss sie mit Ungeimpften vergleichen. Alles andere kann dazu führen, dass die Risiken der Impfstoffe verschleiert werden.



Billion Photos/shutterstock

4. Dreifache Verblindung

Foto: Matej Kastelic



Anforderung: Wenn von einer sogenannten Doppelblindstudie die Rede ist, dann bedeutet dies, dass weder der Proband noch der Prüfarzt weiss, ob im Einzelfall der echte Impfstoff oder ein Placebo verabreicht wurde. Dies ist die unbedingte Voraussetzung, um eine bewusste oder unbewusste Einflussnahme auf das Ergebnis ausschliessen zu können. Darüber hinaus fordern manche Fachleute sogar eine Dreifach-Verblindung: Auch die Auswerter der Daten wissen bis zum Schluss nicht, welche der Testgruppen welches Mittel erhalten haben. Dies soll eine nachträgliche Manipulation, z. B. durch Ausschluss von bestimmten Teilnehmern, verhindern.

Realität: Die wenigen vergleichenden Studien mit Impfstoff gegen (Schein-)Placebo wurden doppelblind durchgeführt. Dies schliesst jedoch eine nachträgliche Manipulation während der Datenauswertung nicht aus, weshalb insbesondere bei herstellerfinanzierten Studien eine Dreifach-Verblindung unabdingbar wäre.



«Die offizielle Begründung dafür, dass die Impfexperten der Welt konsequent auf ordentliche Placebo-kontrollierte Doppelblindstudien verzichten, basiert auf einem Zirkelschluss. Und Zirkelschlüsse sind in der Wissenschaft ein absolutes No-Go, ein Tabu, ein Logikfehler, der sogar von den jungen Besuchern der Augsburger Puppenkiste durchschaut werden könnte.»

Hans Tolzin, Herausgeber des impf-reports



«Die meisten der Studien weisen schwerwiegende Fehler auf. ‚Schrott' ist in diesem Zusammenhang zwar kein wissenschaftlicher Begriff, aber er trifft den Nagel auf den Kopf.»

Tom Jefferson, Epidemologe bei der «Cochrane Database Collaboration» im Interview mit The Atlantic über Impfstudien

5. Vergleichbare bzw. repräsentative Testgruppen

Anforderung: Da allein schon durch die Auswahl der Testgruppen eine gewisse Beeinflussung der Ergebnisse möglich ist, müssen die Studienverantwortlichen hier mit grosser Sorgfalt vorgehen. Alle in Frage kommenden Eigenschaften der Testpersonen wie Alter, Geschlecht, soziale Stellung, Gesundheitszustand, Lebenseinstellung etc. sollten gleichmässig auf jede Testgruppe verteilt sein.

Realität: Um sich ein Bild davon machen zu können, ob das Probanden-Auswahlverfahren eine Vergleichbarkeit der Testgruppen sicherstellt, ist es notwendig, Einblick in das sogenannte Studiendesign zu erhalten. Das sind Details zur Studie wie z.B. das Studienprotokoll. Gerade diese Daten werden in der Regel nicht mit veröffentlicht. Fragt man nach, heisst es sowohl von Seiten der Hersteller als auch der Behörden, es handle sich um durch das Geschäfts- und Betriebsgeheimnis geschützte Daten. Eine Überprüfung, wie vergleichbar oder repräsentativ die Testgruppen wirklich sind, ist somit nicht möglich.

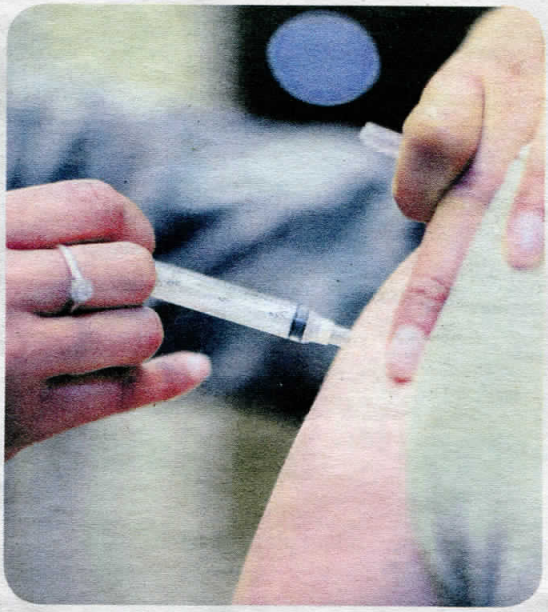


«Es gibt keinen Beweis dafür, dass die bis jetzt vorhandene Grippeimpfung effektiv vor einem Influenza-Angriff schützt oder ihn mildert. Die Impfstoff-Hersteller wissen, dass sie wertlos ist, aber sie verkaufen sie trotzdem weiterhin.»»

Dr. J. Anthony Morris, ehemaliger leitender forschender Virologe bei der FDA (US-Impfstoff-Zulassungsbehörde)

6. Ausreichende Studiengrösse und -laufzeit

Anforderung: Damit ein Vergleich der Erkrankungsraten bezüglich der geimpften Infektionskrankheit möglich ist, muss die Studie gross genug sein. Wenn z. B. Masern in der geimpften Gruppe nicht vorkommen, in der Placebogruppe dagegen ein Mal, so kann das auf reinem Zufall beruhen und ist nicht wirklich aussagefähig. Je mehr Erkrankungen erfasst werden, desto genauer und aussagefähiger die Studie. Grundsätzlich gilt: Je seltener eine bestimmte Krankheit in der Bevölkerung auftritt, desto grösser muss die Studie sein, um einen aussagefähigen Vergleich der Erkrankungsraten zu ermöglichen. Tritt eine Krankheit jedoch so selten auf, dass man quasi die ganze Bevölkerung in die Studie einbeziehen müsste, um nennenswerte Ergebnisse zu erhalten, macht es



keinen Sinn, so viele Menschen den u bekannten Risiken eines experimentell Impfstoffs auszusetzen. Zulassungsstud en sollten zudem wenigstens ein Jahr la laufen, um auch mittel- und längerfristi Impffolgen erfassen zu können.

Realität: Selbst während der G bärmutterhalskrebs-Impfstudien, die au nahmsweise über mehrere zehntause Probanden verfügten, waren keinerlei Fä le von Gebärmutterhalskrebs aufgetrete so dass ein Vergleich der Erkrankungsr ten nicht möglich war. Bisher liefen Z lassungsstudien mit wenigen Ausnahm nur mehrere Wochen, und zwar bis zu de Zeitpunkt, von dem man sich die Messu eines optimalen Antikörpertiters ve sprach, der nichts über die Immunisieru aussagt (siehe S.14).

7. Transparenz bei Studiendesign und Daten

Anforderung: Es ist wichtig, Einblick in das Studiendesign, das Studienprotokoll und die (anonymisierten) Daten erhalten zu können. Es gibt bei jeder Studie eine Vielzahl von Möglichkeiten, wie die Verantwortlichen der Studien das Ergebnis in ihrem Sinne beeinflussen können. Insbesondere bei herstellerfinanzierten Studien muss diese Transparenz eine zentrale Forderung sein.

Realität: Sowohl Hersteller als auch Behörden betrachten alle Daten, die nicht freiwillig vom Hersteller veröffentlicht werden, als zu schützendes Geschäfts- und Betriebsgeheimnis.





Zweifel am Nutzen vieler zugelassener Medikamente sind angebracht, denn sowohl bei Medikamentenstudien der Hersteller als auch bei deren Prüfung ist Manipulation an der Tagesordnung. Mehr dazu in der ExpressZeitung Ausgabe 11/Oktober 2017.

8. Herstellerunabhängigkeit

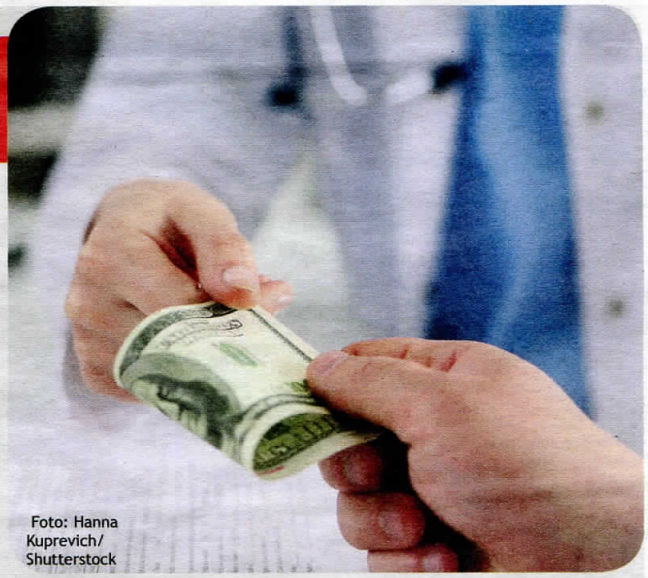


Foto: Hanna Kuprevich/ Shutterstock

Anforderung: Herstellerfinanzierte Studien sind nachweislich tendenziös. Dafür gibt es eine ganz einfache Erklärung: Fällt die Studie ungünstig für den Impfstoff aus, sinkt die Wahrscheinlichkeit von Folgeaufträgen für die beauftragten Institute und ihre Mitarbeiter, oder die Studie wird einfach nicht veröffentlicht. Es muss deshalb gewährleistet sein, dass Planung und Durchführung der Zulassungsstudien in der Hand finanziell unabhängiger Institutionen liegen.

Realität: In der Regel werden alle Zulassungsstudien durch den Hersteller selbst geplant und durchgeführt, bzw. er beauftragt diverse Institute mit der Durchführung. ***(tk/ht)***

Klinische Tests von Mercks Mumps-Impfstoff gefälscht

Merck & Co., einer der grössten Impfstoff-Hersteller der Welt, hatte im Zusammenhang mit seinem Mumps-Impfstoff falsche Aussagen gemacht und gefälschte klinische Studien vorgelegt. Dieser Schwindel vonseiten Mercks lief spätestens zehn Jahre lang, und liefe womöglich noch weiter, wären da nicht zwei Whistleblower aus dem Firmenlabor, die 2012 Anzeige erstatteten – eine Anzeige, die trotz aller Versuche von Merck, sie abweisen zu lassen, zu einem Verfahren vor einem amerikanischen Bundesgericht führte.

In den Dokumenten, die die Whistleblower einreichten, ist zu lesen, Merck habe «nicht erwähnt, dass sein Mumps-Impfstoff nicht so wirksam war, wie von Merck dargestellt, unangemessene Prüftechniken angewendet, die Testmethode manipuliert, unerwünschte Testergebnisse verworfen [...]» und vieles mehr. Aufgrund dieses Schwindels habe Merck behauptet, sein Mumpsimpfstoff sei zu 95 Prozent wirksam, sagten die Whistleblower.

Quellen: *rescuepost.com*
huffingtonpost.ca

Am Immunsystem vorbeigeimpft?



Foto: Shutterstock/ Syda Productions

Impfungen stellen angeblich eine Nachahmung der Natur dar. Krankheitserreger dringen jedoch in erster Linie durch die Schleimhäute, also hauptsächlich durch Mund und Nase oder - beim Geschlechtsverkehr - durch die Vagina in den Körper ein, denn die Haut stellt eine nur schwer zu durchdringende Barriere für sie dar. Durch die Injektions-Impfungen lernt das Immunsystem jedoch, dass fremde Partikel unter Umgehung der Hautschichten plötzlich und in grosser Anzahl tief im Gewebe erscheinen. Darauf hat die Natur unser Immun- und Abwehrsystem jedoch nicht vorbereitet: Das Eindringen eines Erreger- und Chemiecocktails durch eine ultradünne Metallnadel direkt ins Gewebe.

Das Risiko eines Eindringens solcher Substanzen auf diese Art und Weise besteht in der Natur so gut wie nicht. Damit lernt unser Immunsystem eigentlich eine falsche Lektion und muss bei den über die Schleimhaut eindringenden Wild-Erregern tendenziell versagen. ***(tk/ht)***

Schlüssel-Schloss-Prinzip nicht wirklich anwendbar?

Als Erklärung dafür, warum eine Impfung funktioniert, führen die Impfexperten die sogenannte Antigen-Antikörper-Reaktion an. Diese soll nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip funktionieren: Der Organismus prüft den eindringenden Erreger und erzeugt Antikörper, die wie das Schloss zum Schlüssel passen. Dadurch kann der Antikörper am Erreger («Antigen») andocken und ihn so für die sogenannten Fresszellen des Immunsystems markieren oder ganz einfach verklumpen, damit er keinen Schaden mehr anrichten kann.

Wir wollen das Schlüssel-Schloss-Prinzip einmal kritisch durchdenken: Nehmen wir einmal an, unsere Wohnung sei eine Art Schutzraum, in dem wir uns vor den Herausforderungen der Welt zurückziehen können. Wenn Sie Ihre Wohnung und damit Ihren Schutzraum betreten möchten, dann gelingt Ihnen dies durch Anwendung des Schlüssel-Schloss-Prinzips. Ihr Haustürschlüssel passt 100%ig zum Schloss Ihrer Wohnungstür und so gelangen Sie zuverlässig hinein - und sind vor der Umwelt durch die Wände bzw. Mauern geschützt. Nehmen wir weiter an, der Wohnungsschlüssel sei das Antigen (Erreger) und das Türschloss sei der schützende Antikörper. Solange Antigen und Antikörper übereinstimmen, kommen Sie in die Wohnung und sind «geschützt». Wenn Sie nun aber auf die Idee kommen, am Schlüssel herumzufeilen, dann wird dies in der Regel zur Folge haben, dass der Schlüssel nicht mehr zum Schloss passt und Sie nicht mehr in die schützende Wohnung kommen. Es sei denn, Sie passen das Schloss an den veränderten Schlüssel an.

Die im Impfstoff enthaltenen Impf-Antigene wurden im Rahmen des Herstellungsprozesses auf ihrer Oberfläche chemisch verändert. Die Impfexperten nennen dies «deaktivieren» oder «abschwächen». Dadurch sind die Oberflächen der Erreger nicht mehr mit den Oberflächen der Körperzellen kompatibel und können nicht mehr eindringen und sich im Inneren wahllos vermehren. Oder aber man nimmt für den Impfstoff von vornherein nur Oberflächenbestandteile des Wild-Erregers, so dass durch die fehlende DNA eine Vermehrung ausgeschlossen werden kann.

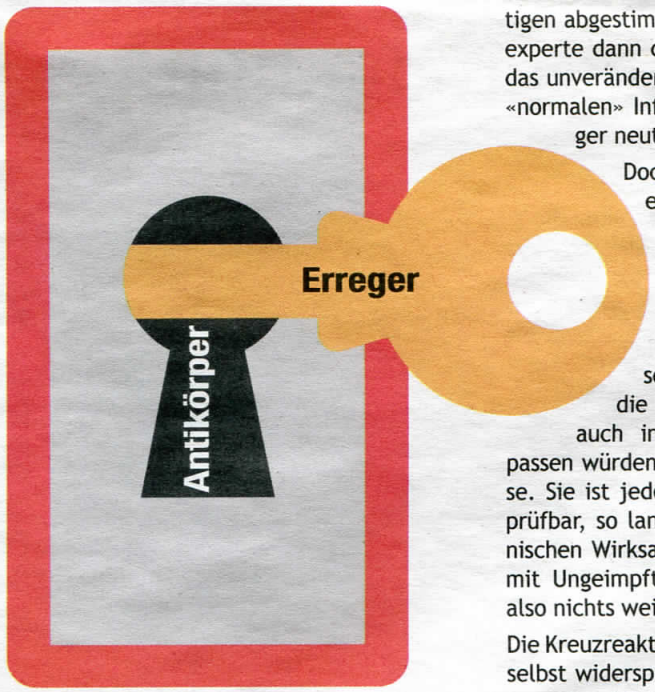


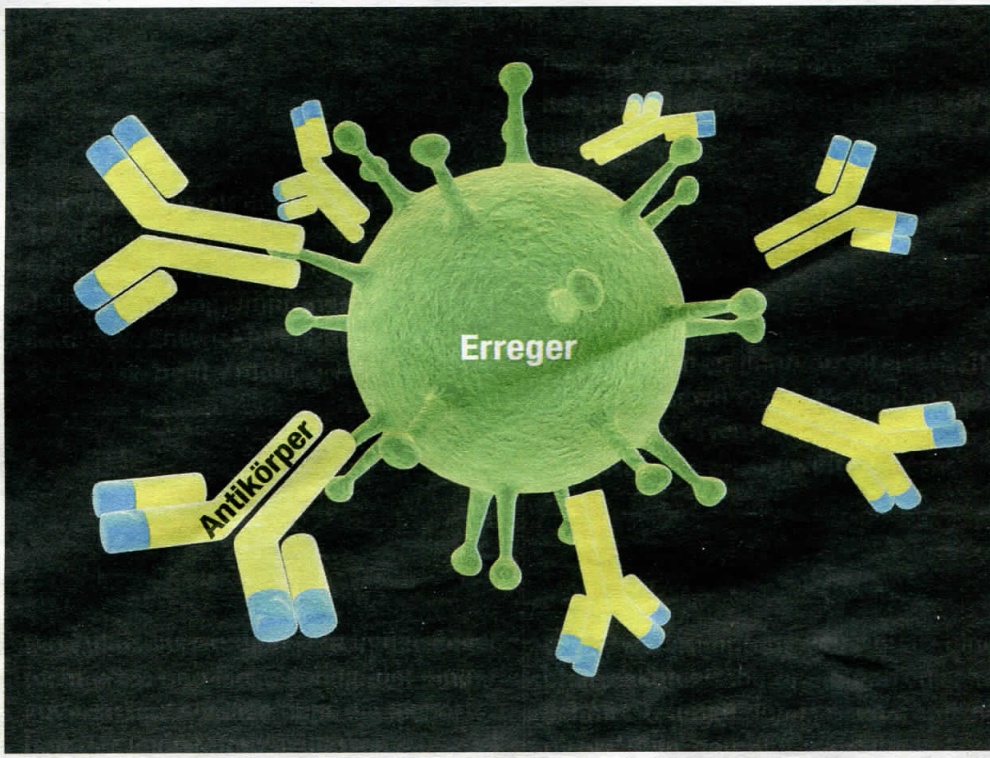
Foto: Shutterstock/Creative Stall

Können die Impf-Antikörper die «echten» Erreger bekämpfen?

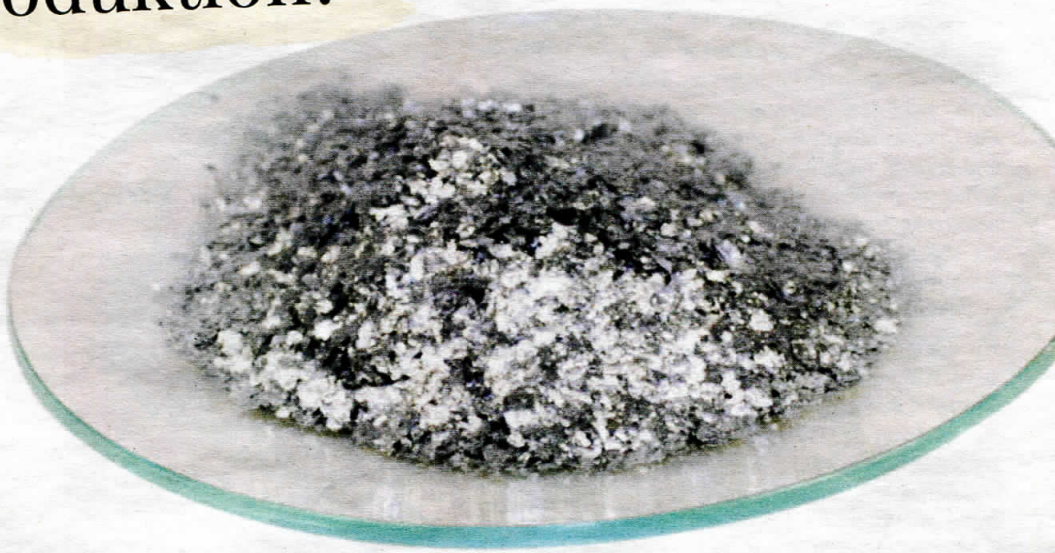
Die entscheidende Frage ist nun, ob die Antikörper, die gegen die veränderten Impfantigene gebildet werden, auch an die unveränderten Erreger ankoppeln können - schliesslich geht es ja darum, diese abzuwehren, sollten sie irgendwann einmal den Versuch unternehmen, unsere Gesundheit anzugreifen. Die veränderten Impf-Antigene entsprechen dem Schlüssel, an dem herumgefeilt wurde. Zum veränderten Impf-Antigen-Schlüssel erzeugt der Organismus auch ein passendes Impf-Antikörper-Schloss. Kommt nun irgendwann nach der Impfung ein nicht abgefeilter Wild-Antigen-Schlüssel, sprich der Original-Erreger, daher, dann kann er logischerweise nicht in die Impf-Antikörper-Schlösser passen. Der unveränderte Erreger ist aus Sicht der Schulmedizin das, worauf der Organismus vorbereitet werden muss. Wenn aber die Impf-Antikörper nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip auf das veränderte Impf-Antigen abgestimmt sind, woher nimmt der Impfexperte dann die Sicherheit, dass sie auch auf das unveränderte Antigen passen und bei einer «normalen» Infektion den unveränderten Erreger neutralisieren können?

Doch natürlich hat ein echter «Impfexperte» auf solche Fragen eine passende Antwort. Darin ist dann von sogenannten Kreuzreaktionen die Rede: Der Unterschied zwischen den Impf- und den unveränderten Antikörper-Schlössern sei gerade klein genug, dass die unveränderten Antigen-Schlüssel auch in die Impf-Antikörper-Schlösser passen würden. Das ist eine legitime Hypothese. Sie ist jedoch nicht auf Plausibilität überprüfbar, so lange auf die Überprüfung der klinischen Wirksamkeit der Impfung im Vergleich mit Ungeimpften verzichtet wird. Sie könnte also nichts weiter als eine Ausrede sein.

Die Kreuzreaktions-Hypothese wirkt auch in sich selbst widersprüchlich: Nach Ansicht der Impfexperten können bereits kleinste genetische Veränderungen der Erreger, sogenannte Mutationen, dazu führen, dass der Impfstoff nicht mehr wirkt - und mit einem neu angepassten Impfstoff nachgeimpft werden muss. Das beste Beispiel stellen die jährlich anzupassenden Grippe-Impfstoffe dar. Nun, entweder tolerieren die vom Körper gebildeten Antikörper leichte Mutationen, also leichte genetische Veränderungen (Herumfeilen am Schlüssel), oder sie tun es nicht. Beides kann nun mal nicht gleichzeitig stimmen - vor allem nicht zufälligerweise immer genau dann, wenn es den Impfbefürwortern in ihr immer komplexer werdendes Hypothesenkonstrukt passt. ***(tk/ht)***



Ohne Zusatzstoffe keine Antikörperproduktion?



Die meisten Impfstoffe mit den «entschärften» Impf-Antigenen scheinen von sich aus gar nicht in der Lage zu sein, eine messbare Antikörperantwort im Organismus auszulösen. Die Hersteller greifen seit den 30er-Jahren des letzten Jahrhunderts zu einer besonderen Methode: Sie fügen meist das Nervengift Aluminiumhydroxid (Verstärkerstoff) hinzu.

Das Aluminium versetzt zwar den Wünschen der Impfexperten entsprechend das Immunsystem in den Alarmzustand, den man für die Aktivierung der Antikörperproduktion benötigt, die Antikörper werden aber nicht etwa passend zum Aluminium produziert, sondern passend zum harmlosen Impferreger, so die Behauptung der Impfstoffhersteller. Denn das Immunsystem würde von den Impfexperten regelrecht ausgetrickst werden, indem die Impf-Antigene nämlich an die Aluminiumpartikel angekoppelt wurden. Der Fachbegriff hierfür lautet «adsorbiert». Dass diese Immunantwort spezifisch auf das am Aluminiumpartikel hängende Impf-Antigen abgestimmt sein soll, ist logisch nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Das Immunsystem soll demnach schlau genug sein, gefährliche Substanzen und Partikel zu erkennen und zu neutralisieren, aber nicht schlau genug, um zwischen dem Nervengift Aluminium und harmlosen Antigenen unterscheiden zu können? Dies ist sicherlich eine interessante Hypothese und fast zu schön, um wahr zu sein - leider weiss man bei den Behörden und den Herstellern bis heute nicht, wie man es geschafft hat, das Immunsystem derart zu überlisten.

Vielleicht würden die Verstärkerstoffe ausreichen?

Möglicherweise werden also bei den sogenannten Antikörpernachweisen in Wahrheit nur die Folgen der giftigen Verstärkerstoffe gemessen. Demzufolge würde es ausreichen, diese Verstärkerstoffe zu injizieren, um als ausreichend angesehene Antikörpertiter-Messwerte zu erreichen. Interessanterweise verwenden die Hersteller bei den wenigen Zulassungsstudien mit Placebos ausgerechnet Placebos, die Verstärkerstoffe wie Aluminium enthalten (siehe S.37). Wäre es da nicht interessant, welche Antikörpertiter in den entsprechenden Testgruppen gemessen wurden? Auffällig war dieser Zusammenhang z.B. bei der Zulassungsstudie von GARDASIL, dem ersten Impfstoff gegen Gebärmutterhalskrebs. Dort wurde aus insgesamt 12 Unterstudien nur in jener einen Studie der Antikörperwert bestimmt, bei der ein echtes Placebo (also ohne Verstärkerstoff) verwendet wurde. In den verstärkerstoffhaltigen «Placebo»-Unterstudien wurde der Antikörper-Titer nicht gemessen - allerdings auch nicht die echte Gesundheit der Probanden, sondern wieder nur ein Laborwert, nämlich die Anzahl von Viruspartikeln im Blut. [1]

Das ist wirklich schade, denn man könnte wetten, dass in den verstärkerstoffhaltigen Placebogruppen der Antikörpertiter im gleichen Mass angestiegen ist wie in der Impfstoffgruppe. Da es eher unwahrscheinlich ist, dass das GARDASIL-Studienkonstrukt zufällig ist, kann man davon ausgehen, dass dem Hersteller von GARDASIL durchaus bewusst war, welchen Einfluss die Verstärkerstoffe auf den Antikörper-Titer haben - auch ohne die Anwesenheit von Impferregern. Ein Hinweis darauf, dass der Aluminiumzusatz tatsächlich auch alleine, also ohne die Zutat von Impferregern, den Antikörper-Titer nach oben jagen kann, wurde bereits 2001 im Fachjournal VACCINE gegeben. Eine Studie mit Mäusen hatte genau dies zum Ergebnis. Die Aluminiumgruppe wies sogar höhere Antikörpertiter auf als die eigentliche Impfgruppe. [2] Wenn dies auch bei Menschen der Fall sein sollte, wären alle Studien, die mit Verstärkerstoffen als Placebo arbeiten, nichtig!



Foto: melvil (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:HPV-vaccine-_Gardasil2016JA-PAN-03.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

Quellen:
1. Nancy B. Miller, MD.: FDA: «Clinical Review of Biologics License Application for Human Papillomavirus 6, 11, 16, 18 L1 Virus Like Particle Vaccine (S.cerevisiae) (STN125126 GARDASIL), manufactured by Merck, Inc.», 8. Juni 2006
2. Boelen A et al.: «Both immunisation with a formalin-inactivated respiratory syncytial virus (RSV) vaccine and a mock antigen vaccine induce severe lung pathology and a TH2 cytokine profile in RSV-challenged mice». Vaccine 2001;19: S. 982-991: Siehe auch Bert Ehgartner: «The Dirty Little Secret», Ennsthaler Verlag 2012, S. 195ff