

Influenza-Viropoly – das globale Spiel um Milliarden-Gewinne

Angeblich sterben jährlich bis zu 30.000 Menschen allein in Deutschland an der echten Influenza-Virusgrippe und angeblich kann uns nur die Impfung zuverlässig vor einer schweren Erkrankung und dem Tod schützen. Doch alle Zahlen und Angaben zu den Todesfällen und der Wirksamkeit der Impfung beruhen auf abenteuerlichen Berechnungen und Schätzungen. Und auf Meldesystemen, die finanziell von den Impfstoffherstellern abhängig sind. Neueste Erkenntnisse widerlegen nicht nur das Märchen vom tödlichen Virus und dem zuverlässigen Schutz der Impfung, sondern offenbaren darüber hinaus globale Strategien, auf Kosten des Steuerzahlers die veraltete Technik einer ganzen Industrie auf den neuesten Stand zu bringen.

von Angelika Kögel-Schauz

Was ist Influenza?

Als Influenza wird von der Schulmedizin eine Infektion mit Influenza-Viren bezeichnet. Viele verschiedene Bakterien und Viren können selbst gemäß schulmedizinischer Definition die gleichen oder ähnlichen Symptome hervorbringen.

Im folgenden Artikel soll nicht auf die zahlreichen Erklärungen zu den Ursachen dieser Symptome eingegangen werden.

Ich bewege mich ausschließlich auf der schulmedizinischen Ebene, um die dort massiv vorhandenen Fragen, Unlogik und Widersprüche aufzuzeigen.

Offene Kritik an Impfstoffen in Influenza-Standardwerk

Erkundigt man sich bei staatlichen Behörden nach Informati-

onen zur Influenza, wird man seit einiger Zeit auf das Standardwerk „Influenza“¹ (siehe Abbildung) zur Beantwortung der Fragen verwiesen.

Die Autoren sind namhaft und in der Szene teilweise auch durch ihre Verbindungen mit der Pharmaindustrie bekannt².

Die Erwartungen des impfkritisch geschulten Lesers werden jedoch schwer „enttäuscht“. Statt des üblichen Lobgesangs auf Impfungen findet sich eine kritische Zerlegung der derzeit verfügbaren Influenza-Impfstoffe.

Als Argumente werden u.a. angeführt:

- mangelnde Wirksamkeit, vor allem in den Gruppen, die die Impfung am nötigsten brauchen „...die besonders Schutzbedürf-

tigen profitieren am wenigsten von der Impfung“³

- langwieriger und schlecht automatisierbarer Herstellungsprozess
- fehlende Immunität* gegen andere Stämme, als die im Impfstoff enthaltenen
- keine dauerhafte Immunität (drei bis vier Monate)

Wir kennen diese Vorgehensweise, das Zugeben von negativen Aspekten von derzeit eingesetzten Impfstoffen, immer dann, wenn ein neuer Impfstoff vermarktet werden soll (beispielsweise azelluläre* Keuchhustenimpfstoffe, inaktivierte* Polioimpfstoffe).

Erstaunt stellen wir dann fest, dass es derzeit überhaupt keine neuen Impfstoffe gegen Influenza gibt. Im Buch werden jedoch einige neue Verfahren zur Impfstoffherstellung gepriesen: Lebendimpfstoffe, Zellkulturimpfstoffe, DNA-Impfstoffe, neue Zusatzstoffe.

Als dann auf die gerade zurzeit wegen der angeblich unmittelbar drohenden Pandemie* dringende Notwendigkeit dieser neuen Impfstoffe hingewiesen wird, werden die Zusammenhänge klar.

Genialster Marketing-Coup seit es Impfungen gibt

Es handelt sich hier um den genialsten Marketing-Coup seit Bestehen von Impfungen: Die Pharmaindustrie lässt sich durch die in vielen Ländern der Erde eingerichteten Pandemiepläne die Produktion* und –umstellung ihrer veralteten Impfstoffe bezahlen.

Auf den folgenden Seiten werde ich erläutern mit welcher raffinierten Methoden gearbeitet wird.

Wir finden bei der Influenza-Impfung einige Besonderheiten, die im Vergleich mit anderen Impfstoffen besonders stark ausgeprägt sind:

- jährliche Impfung, daher umsatzstärkster Impfstoff
- bisher nur Indikationsimpfung*, auf alle Altersgruppen erweiterbar
- Krankheitsbild ist häufig, auch wenn es sich dabei selten um die echte Influenza handelt

Zahlenspiele – wie gefährlich ist die Influenza wirklich?

Wir lesen bei der obersten deutschen Gesundheitsbehörde, dem Robert-Koch-Institut RKI, und in zahlreichen Pressemeldungen, dass im vergangenen Winter zwischen 15.000 und 20.000 Menschen an der Influenza gestorben seien, dass es zwischen 22.000 und 32.000 Krankenhauseinweisungen gegeben habe, und dass über 2 Millionen Menschen wegen einer Influenza arbeitsunfähig gewesen seien⁴. Der Vorsitzende der Ständigen Impfkommission, Prof. Schmitt spricht in einem Vortrag gar von 30.000 Influenza-Toten!⁵

Die Erwähnung der Begriffe „Schätzung“ und „Hochrechnung“ überrascht in diesem Zusammenhang, da die Influenza meldepflichtig ist, also gesicherte Daten vorliegen müssten!

Für jeden Toten stellt in Deutschland ein Arzt einen Totenschein aus, auf dem die Todesursache vermerkt ist. Diese Daten werden vom Statistischen Bundesamt ausgewertet und veröffentlicht.⁶ Bis zum Jahr 1997 wurden die Meldedaten nach der Internationalen Klassifikation 9 (ICD-9) erfasst, ab 1998 nach der ICD-10. In der ICD-9 wurde nur allgemein eine „Grippe“ egal welchen Ursprungs erfasst. Hier sind in den Zahlen also auch Todesfälle mit einer bakteriellen Grippe enthalten. In der ICD-10 wird zwischen einer Influenzagrippe und einer Virusgrippe ohne Virusnachweis unterschieden.

In den in Tabelle 1 angegebenen Daten sind also auch Todesfälle enthalten, die

	Grippe durch nachgewiesene Influenzaviren (J10 gemäß ICD-10)	Grippe, Viren nicht nachgewiesen (J11 gemäß ICD-10)	Summe aus 1. und 2. Spalte	Grippe (ICD487, ICD-9, bakteriell und viral)
1980				767
1981				866
1982				551
1983				1.206
1984				516
1985				881
1986				1.249
1987				358
1988				365
1989				500
1990				738
1991				310
1992				250
1993				434
1994				270
1995				425
1996				422
1997				184
1998	11	228	239	
1999	34	330	364	
2000	22	245	267	
2001	9	63	72	
2002	10	92	102	
2003	25	275	300	
2004	9	116	125	

Tabellarisch: Todesfälle nach einer Grippe. Quelle: Statistisches Bundesamt

nicht auf eine echte Influenza zurückzuführen sind.

Wenn man dennoch alle Grippetodesfälle von 1980 bis 2004 addiert, kommt man auf 11.761 Todesfälle, also immer noch weit unter den von den Behörden und der Pharmaindustrie zur Impfpropaganda benutzten Horrorzahlen eines einzigen Winters!

Wie entstehen also die weit von den Meldedaten abweichenden Schätzzahlen? Man bedient sich hier höchst fragwürdiger statisti-

scher Tricks zur Berechnung der sog. Übersterblichkeit. Pro Jahr wurde die durchschnittliche monatliche Anzahl an Todesfällen berechnet. Die Monate, in denen die Influenza grassierte, werden herausgerechnet. So erhält man Mittelwerte für alle Monate ohne den Einfluss der Influenza. Wenn nun in einem Jahr die Anzahl der Todesfälle über diesem Mittelwert liegt, lastet man diese Todesfälle sämtlich der Influenza an. Andere Ursachen, wie z.B. andere Erreger, werden nicht berücksichtigt. Zu

	Influenza (J10)		Virusgrippe (J11)	
	Erkrankungen	Sterbefälle	Erkrankungen	Sterbefälle
2000	1.328	19	6.870	72
2001	553	5	5.250	27
2002	600	2	5.223	48
2003	1.051	12	10.542	165

Tabelle 2: Krankenhausstatistik, Erkrankungen und Todesfälle. Durchschnittlich sterben in Deutschland jährlich etwa 10 Menschen an (laborbestätigter) Influenza. Quelle: Statistisches Bundesamt

diesen fragwürdigen mathematischen Spielereien wird es in der nächsten Ausgabe einen ausführlichen Artikel geben.

Neben diesen dubiosen Berechnungen der Übersterblichkeit führen Wissenschaftler als weiteren Beweis für eine viel höhere Sterblichkeit der Influenza als in den Meldedaten angegeben an, dass Menschen mit einer Vorerkrankung, z.B. einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, eigentlich an einer Influenza sterben, auf dem Totenschein jedoch die Grunderkrankung angegeben wird.

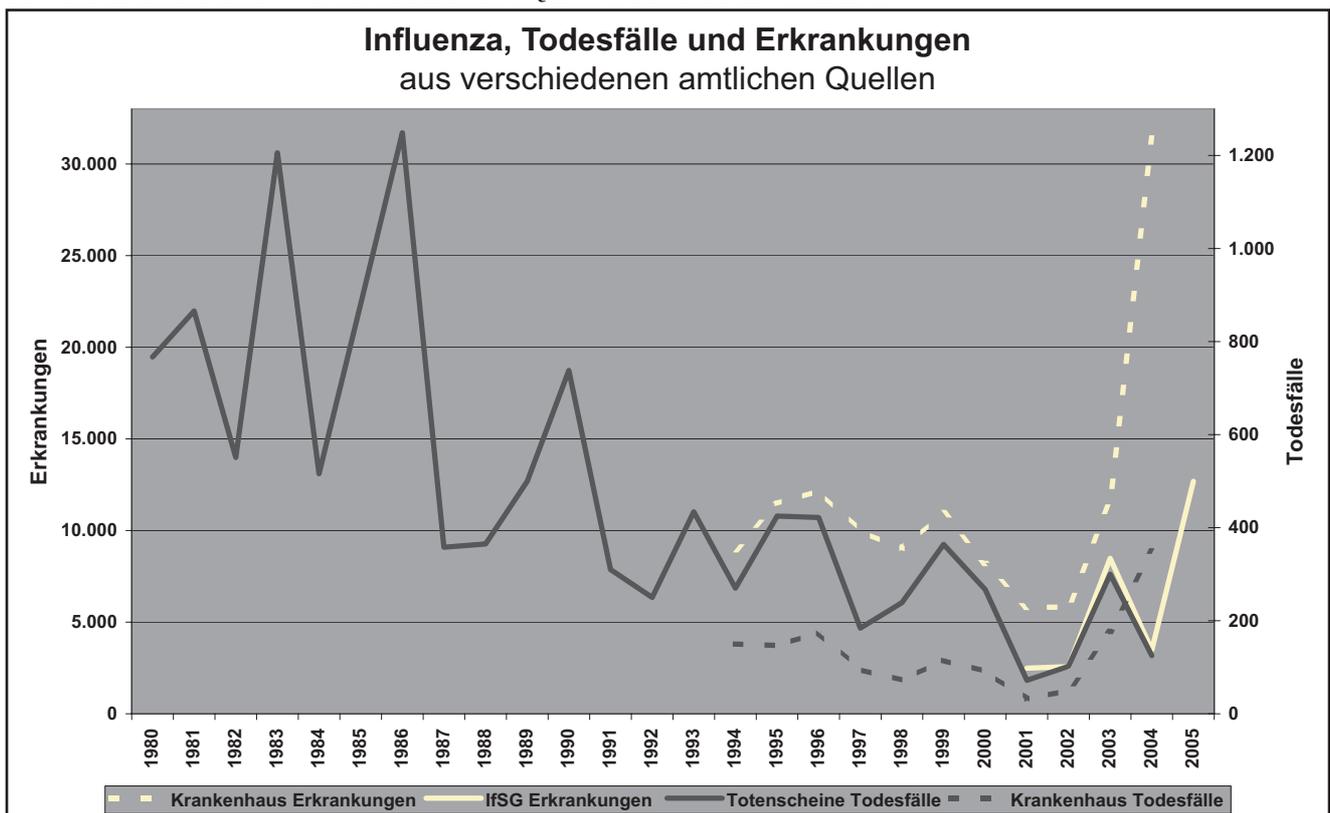
Beim Statistischen Bundesamt gibt es neben der Auswertung der Totenscheine auch noch die Auswertung von Meldedaten aus den Krankenhäusern. Jede Einweisung in ein Krankenhaus muss mit dem Einweisungsgrund und weiteren personenbezogenen Daten gemeldet werden. Es ist anzunehmen, dass selbst beim Vorliegen eines Grundleidens die akute Influenza als Einweisungsgrund angegeben wird. Weiter ist anzunehmen, dass fast alle Menschen, die wegen einer Influenza sterben, wegen der Schwere der Erkrankung ins Kran-

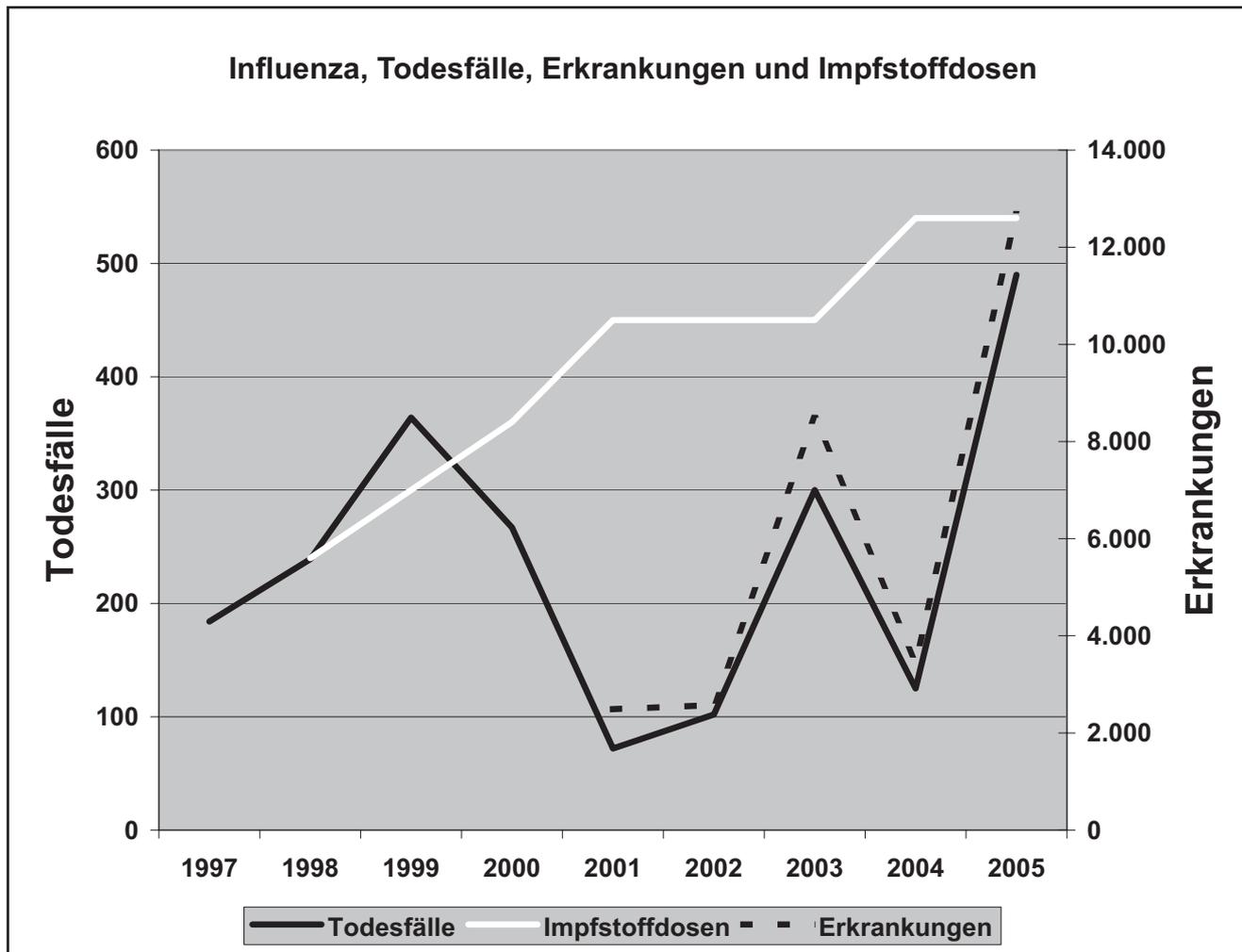
kenhaus eingewiesen wurden. Die Krankenhausmeldezahlen müssten also nahezu alle Influenza-Todesfälle erfassen. Auch in Tabelle 2 wurden sowohl die Influenza mit Virusnachweis (J10) als auch die Virusgrippe ohne Labornachweis (J11) aufgelistet.

Zur Diskrepanz der Krankenhausstatistik zu den Meldedaten aus den Totenscheinen siehe den Artikel „Ungereimtheiten bei den Meldedaten zu Tetanus“ auf Seite 17.

Selbst wenn man alle Einweisungen wegen einer Virusgrippe mit und ohne Nachweis aus den

Grafik 1: Vergleich der Erkrankungs- und Todesfallzahlen aus zwei verschiedenen Meldequellen: Der Auswertung der Totenscheine und der Krankenhausstatistik. Quellen: Statistisches Bundesamt





Grafik 2: Die Menge der verkauften Impfstoffdosen hat keine sichtbare Auswirkung auf die Zu- und Abnahme der Erkrankungs- und Todesfallzahlen. Quellen: Stat. Bundesamt, RKI (SurfStat), AGI

Jahren 2000 bis 2003 addiert erhält man für diese vier Jahre insgesamt 31.417 Grippeerkrankungen und 350 Sterbefälle, die im Krankenhaus behandelt wurden. Es ist völlig unverständlich, wie das RKI zu seinen Schätzungen von jährlich bis zu 30.000 und mehr Krankenhauseinweisungen wegen einer Influenza gelangt. Als grober und irreführender Unfug muss die Überschrift „Influenza – Daten aus dem Saisonabschlussbericht 2004 / 2005 der AGI“⁷ bezeichnet werden. Die völlig unrealistischen Zahlen werden nicht als Schätzungen oder Hochrechnungen gekennzeichnet. Hier wundert es nicht mehr, dass die meisten Journalisten dieses Material dann auch völlig ungeprüft in ihren Artikeln übernehmen.

Wir kommen zurück zu den dubiosen „Daten“ des RKI. Als Quelle derselben ist ein Saisonabschlussbericht der AGI angegeben, den wir auch im Internet finden.⁸

Es überrascht, dass in diesem Bericht die Daten zu den Todesfall-schätzungen für den vergangenen Winter mangels Daten vom Statistischen Bundesamt noch fehlen. Daher bleibt unbekannt, woher das RKI seine Schätzdaten für die Todesfälle bezogen hat.

Die AGI, Arbeitsgemeinschaft Influenza, besteht seit 1991 und wurde von Anfang an von Impfstoffherstellern der Influenza-Impfstoffe finanziert. Sie ist und war natürlich trotzdem immer völlig unabhängig! Ebenso sind Interessenskonflikte durch einen Vorsitzenden, der regelmäßig Honorare von der Pharma für seine Influenza-Propaganda erhält, völlig ausgeschlossen⁹.

Nach dieser Portion Sarkasmus können wir wieder zur Sachlichkeit zurückkehren.

Durch die AGI werden alle akuten Atemwegserkrankungen in ausgewählten Meldepraxen erfasst und dann durch die AGI hochge-

* Wörterklärungen

azellulärer Impfstoff:

Impfstoff, der nur Teile des Bakteriums enthält

Epidemiologie:

Lehre von Ursachen, Verbreitung, etc. von Krankheiten

Immunität:

Bereitschaft des Körpers, eingedrungene Fremdkörper unschädlich zu machen

inaktiviertes Virus:

chemisch oder physikalisch behandeltes Virus, das sich nicht mehr vermehren kann

Indikationsimpfung:

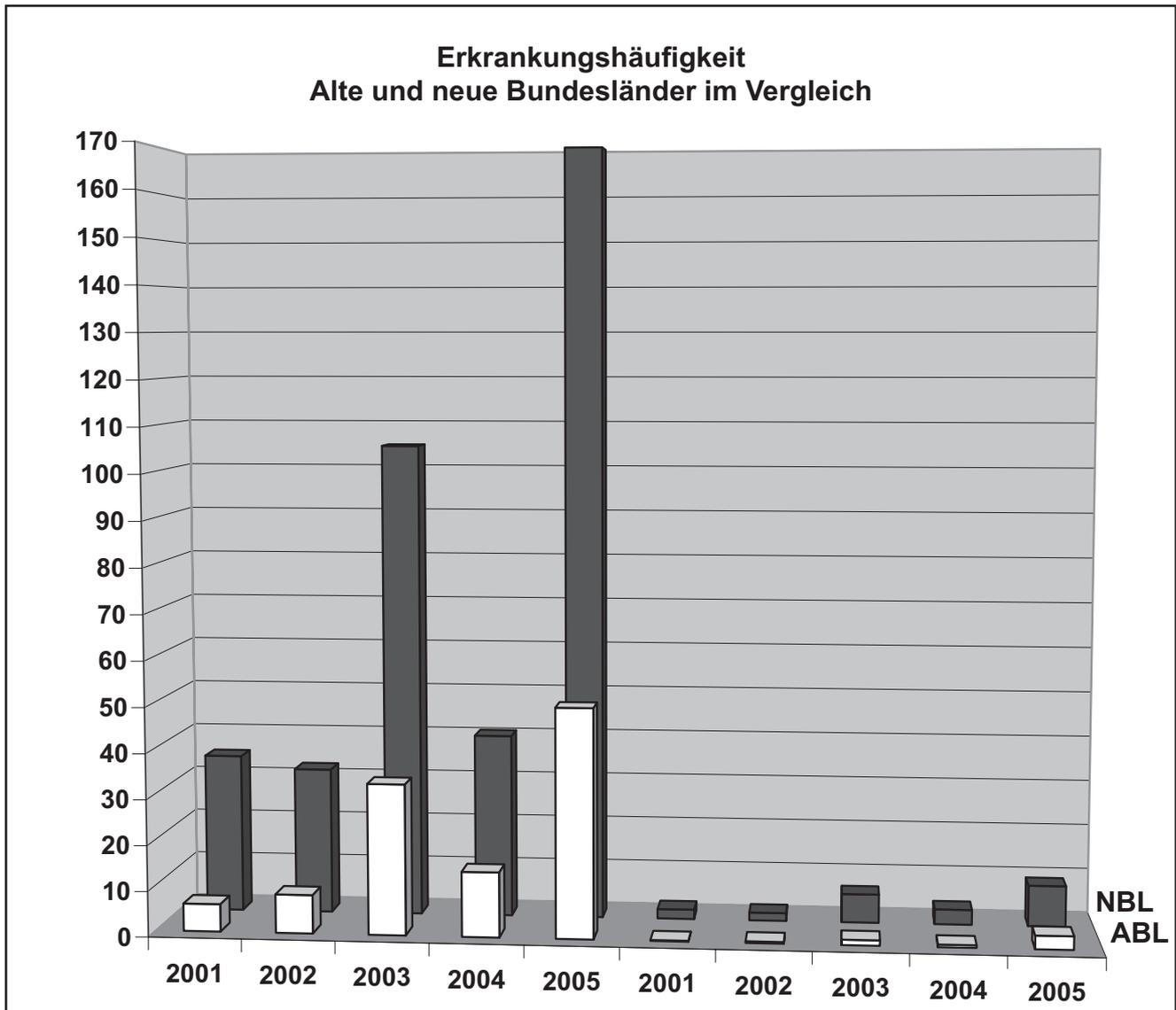
Impfung aufgrund einer bestimmten Sachlage, z.B. Diagnose, Alter, Risikogruppe

Pandemie:

weltweite Epidemie

Produktinnovation:

Erneuerung eines bewährten Produktes



Grafik 3: Deutlich höhere Erkrankungsrate bei den Neuen Bundesländern! Erkrankungshäufigkeit bei den 0-14jährigen (links) und über 60jährigen (rechts). Die dunklen Balken stellen die Neuen, die hellen Balken die Alten Bundesländer dar. Quelle: www.rki.de, SurfStat

rechnet. Aus meiner Sicht ist das System der Meldepraxen für Hochrechnungen nur sehr bedingt geeignet, weil eine Verzerrung durch die nicht repräsentative Auswahl der Praxen wahrscheinlich ist. Ein Arzt, der überproportional viele Atemwegserkrankungen in seiner Praxis hat, wird eher bereit sein, bei diesem freiwilligen Überwachungssystem mitzumachen als ein Arzt, bei dem eher wenige oder leichte Fälle vorkommen. Alle drei Gründe, die Erfassung von allen Atemwegserkrankungen, die Bezahlung durch die Pharmaindustrie und das besondere Engagement der Meldepraxen sollten zur besonderen Vorsicht im Umgang mit den geschätzten Hochrechnungen mahnen. Stattdessen werden die Zahlen von der obersten

deutschen Gesundheitsbehörde als „Daten“ übernommen, ohne einen Hinweis, dass es sich um Schätzungen einer von Pharmageldern abhängigen Institution handelt! Mehr Informationen zu diesen dubiosen Zahlenspielen finden Sie im nächsten Heft.

Nach der Beschäftigung mit den Zahlen und Kurven zu Erkrankungen und Todesfällen bei Influenza interessieren uns die Daten zu den Impfraten und die genauere Betrachtung, welche Altersgruppen in der Bevölkerung besonders betroffen sind.

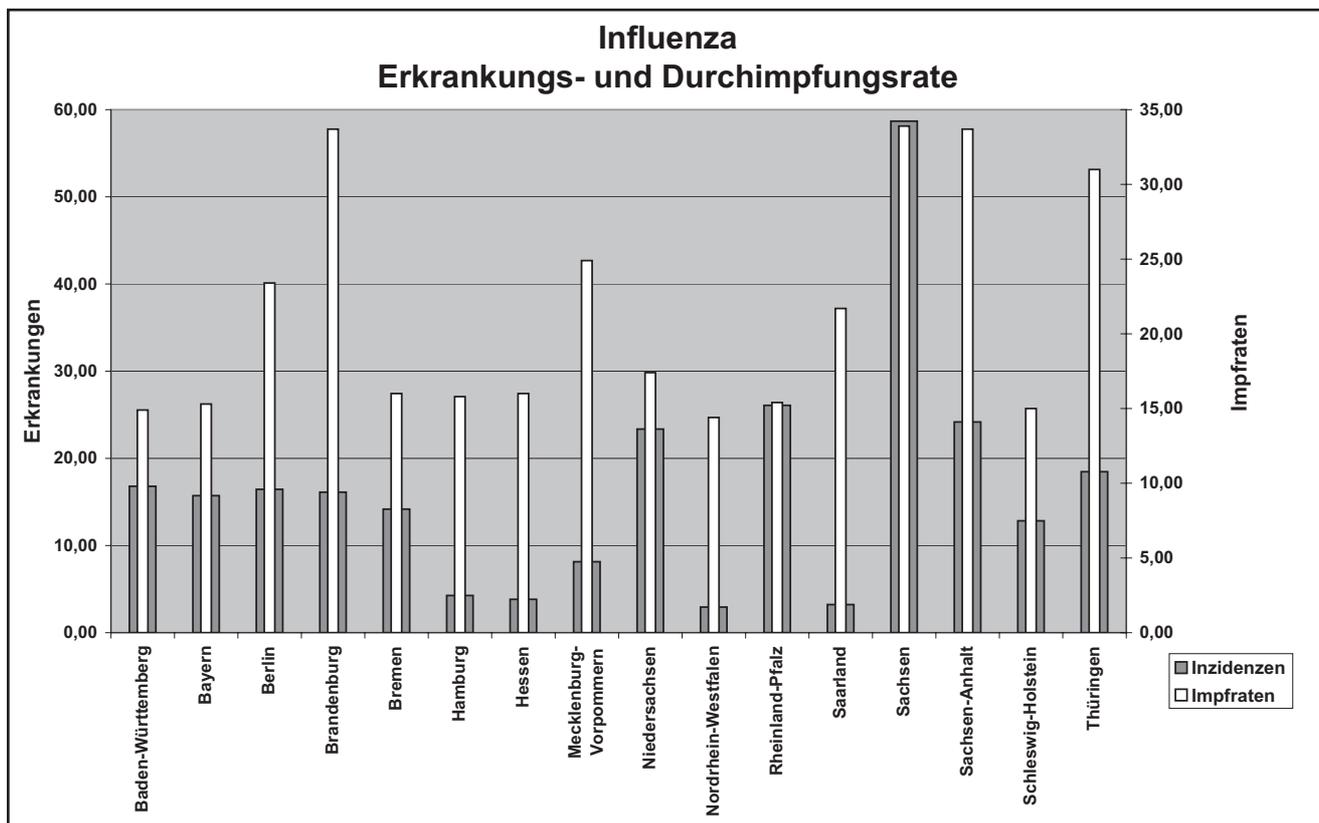
Je mehr geimpft, desto mehr Influenza?

Informationen zu Impfraten sind in Deutschland schwer erhältlich, da sie nicht systematisch er-

hoben werden. Herr Kuss, der bis letztes Jahr in akribischer Kleinarbeit die Impfstoffverkaufszahlen als Indikator für die Impfraten gesammelt und ausgewertet hat, musste diese Arbeit einstellen, da ihm die Daten von der Industrie nicht mehr zur Verfügung gestellt werden.

Diverse Bundes- und Landesbehörden führen Stichprobenumfragen durch, die dann u. a. im Epidemiologischen Bulletin des Robert-Koch-Instituts veröffentlicht werden.

Wie verhalten sich nun die Durchimpfungsraten im Vergleich zu den Erkrankungen und Todesfällen? Oder anders ausgedrückt: Wirkt sich eine Steigerung der Impfraten auf das Absinken der Erkrankungs- und Todesfallzahlen aus?



Grafik 4: Hohe Erkrankungsrate trotz hoher Durchimpfung, niedrige Erkrankungsraten trotz niedriger Durchimpfung! Impfraten und Erkrankungshäufigkeiten in den Bundesländern bei über 60jährigen.

Quelle: SurfStat und www.thueringen.de

Wie anhand der Grafik 2 gezeigt, haben die Impfraten bzw. die verkauften Impfstoffdosen keinerlei Auswirkung auf die Zu- oder Abnahme der Erkrankungs- und Todesfallzahlen.

Wegen der unterschiedlichen Größe der Bevölkerungsgruppen (z.B. Einwohner eines bestimmten Bundeslandes oder die Altersgruppe der über 60jährigen) normiert man in der Epidemiologie* die Erkrankungswerte und bezieht die Zahlen jeweils auf 100.000 Einwohner. Dieser Wert heißt dann Inzidenz und beschreibt die Erkrankungshäufigkeit.

In der Grafik 3 sind die Inzidenzen zwei verschiedener Altersgruppen, der 0-14jährigen und der über 60jährigen, getrennt nach Neuen und Alten Bundesländern aufgelistet.

Die hinteren dunklen Säulen stellen die Neuen Bundesländer, die vorderen helleren Säulen die Alten Bundesländer dar. Die linke Hälfte betrifft die Altersgruppe der 0-14jährigen, die rechte Hälfte die über 60jährigen.

Zunächst fällt auf, dass die In-

zidenz, also die Erkrankungshäufigkeit, bei den Kindern fast 17fach höher als bei den Senioren ist. Als Zweites ist die teilweise fast 4fach höhere Erkrankungshäufigkeit in den Neuen Bundesländern (NBL) im Vergleich zu den Alten Bundesländern (ABL) bemerkenswert.

Die höhere Erkrankungshäufigkeit bei den Kindern könnte damit erklärt werden, dass die Influenza-Impfung bei den Kindern nur für Risikogruppen, bei den Senioren jedoch allgemein empfohlen ist. Die logische Konsequenz wäre dann jedoch die sofortige Impfpflicht für alle Kinder und Jugendlichen bis 14 Jahren! Das ist bis heute nicht geschehen. Als Grund hierfür darf die extrem schlechte Wirksamkeit der Influenza-Impfung von nur 13,5%¹⁰ bei den Kindern angenommen werden. Epidemiologen sehen als Ursache für die häufigere Erkrankung von Kindern deren größere Mobilität und vermehrte Sozialkontakte.¹¹

Sind die Unterschiede der Erkrankungshäufigkeiten in den Neuen und Alten Bundesländern auf die Durchimpfungsraten zurückzuführen?

In ganz Deutschland wird die Influenza-Impfung seit Jahren für alle Senioren über 60 Jahre allgemein empfohlen. Wir vergleichen deshalb die Impfraten bei den Senioren in den einzelnen Bundesländern mit den Erkrankungsdaten in dieser Altersgruppe. Die Zahlen beziehen sich auf den Winter 2004/2005.

Die Grafik 4 verdeutlicht, dass es keinerlei Zusammenhang zwischen den Impfraten (weiße schmale Balken) und den Erkrankungsdaten (graue dicke Balken) gibt. Bundesländer mit einer sehr niedrigen Inzidenz haben sehr niedrige Impfraten (Hessen), Bundesländer mit einer hohen Inzidenz haben sehr hohe Impfraten (Sachsen).

Ganz offensichtlich hat die Impfrate bei Senioren keinen Einfluss auf die Erkrankungshäufigkeit. Als mögliche Ursache hierfür ist die extrem schlechte Wirksamkeit der Impfstoffe bei Senioren zu sehen, die mit zunehmendem Alter ständig abnimmt.

Eindrucksvoll wurde die nicht vorhandene Schutzwirkung bzw. sogar die negative Wirkung einer

Influenza-Impfung 2005

Ein kleiner Stich für Sie –
ein großer Schutz für Ihre Patienten

3-facher Schutz durch eine Impfung:

- Schutz Ihrer Patienten und Senioren
- Schutz Ihrer Familie und Freunde
- Ihr persönlicher Schutz

ROBERT KOCH INSTITUT, bdkw, DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Diese Aktion wird durchgeführt vom Robert Koch Institut, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, unterstützt vom Märburger Bund, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), dem Verband der Krankenhausdirektoren (VKD), dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte (VLK), der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADSP) und dem Deutschen Verband der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen (DVLAB).

Zusätzliche Informationen finden Sie unter <http://www.rki.de> >> Infektionskrankheiten von A-Z >> Influenza

Nicht erfüllbare Versprechungen: Poster „Influenza-Impfung für Beschäftigte in Krankenhäusern und Altenheimen.“ Quelle: www.rki.de

vorangegangenen Influenza-Impfung bei einem Ausbruch in einem Altenheim exemplarisch belegt (siehe *impf-report* (Zeitschrift) Nr. 5, April 2005, S. 16-17).

Bei diesem Altenheimausbruch fiel am Rande ein weiterer bemerkenswerter Umstand auf: Das Pflegepersonal verweigerte die Auskunft über den Impfstatus und die Teilnahme an einer Impfkaktion.

Für medizinisches Personal wird die Influenza-Impfung bereits seit vielen Jahren dringend empfohlen. Dennoch gibt es dort anhaltenden Widerstand gegen die Impfung. Nur ca. 15% des medizinischen Personals sind trotz sämtlicher Anstrengungen geimpft¹². Dieses Jahr hat sich daher die oberste Gesundheitsbehörde eine

Großaktion mit massivster Propaganda ausgedacht. Es werden auf CD und im Internet viele Materialien mit dem dringenden Aufruf bereitgestellt, die Impfraten bei medizinischem Personal zu erhöhen: Foliensatz, Poster, Handzettel und ein Plan mit 10 möglichen Aktivitäten.¹³

Und wieder einmal wird die Impfpropaganda mit einem Wettbewerb/Preis Ausschreiben für die höchste Impfraten garniert. Das verstößt meiner Meinung nach gegen Datenschutzbestimmungen und gegen die ärztliche Schweigepflicht, da die Impfung in die Privatsphäre des Einzelnen fällt. Schon alleine der Aufruf zur kollektiven Massenimpfveranstaltung ist unter diesem Aspekt bedenklich

und es ist zu vermuten, dass ungeimpften Mitarbeitern im Krankheitsfall, egal durch welche Erreger, Mobbing droht.

Die Widersprüchlichkeit der völlig verschiedenen Impfpropaganda je nach Zielgruppe ist entlarvend. Bei den Senioren wird mit der Angst vor der Krankheit und dem „zuverlässigen Schutz“¹⁴ gearbeitet. Bei medizinischem Personal argumentiert man mit dem gerade bei Senioren trotz Impfung völlig unzureichenden Schutz und der damit verbundenen sozialen Verpflichtung sich impfen zu lassen.¹⁵

Wir fassen unseren Stand der intensiven Beschäftigung mit Fakten zur Influenza kurz zusammen: In Deutschland gibt es kaum Influenza-Todesfälle und wenige Erkrankungen. Da diese Meldedaten nicht für eine wirksame Panikmache ausreichen, wurden die Influenza-Todesfälle dubiose und von der Pharmaindustrie beeinflusste Berechnungen großzügig um das 100fache nach oben korrigiert. Die mangelnde Wirksamkeit der Impfstoffe vor allem in den Risikogruppen ist bekannt. Die Akzeptanz der Impfung in der Bevölkerung gering.

Um den Absatz der Impfstoff-Industrie zu erhöhen und die gewaltigen Märkte zu erschließen, musste also ein neues Konzept her.

Quellen:

¹ Lange, Vogel: „Influenza“

² Tagesspiegel, 29.6.05

³ „Influenza“, Seite 124

⁴ www.rki.de

⁵ www.pid-ari.net

⁶ www.gbe-bund.de

⁷ www.rki.de

⁸ <http://influenza.rki.de/>

⁹ Tagesspiegel, 29.6.05

¹⁰ „Influenza“, Seite 136

¹¹ „Influenza“, Seite 90

¹² www.rki.de

¹³ www.rki.de

¹⁴ <http://fhh.hamburg.de>

¹⁵ www.rki.de

(detailliertere Quellenangaben incl. Webverweisen siehe Internet-Archiv)

Der Trick mit der Vogelgrippe

Die Behauptungen, das Vogelgrippevirus könnte dem Menschen gefährlich werden oder gar regelrechte Epidemien auslösen, beruhen auf reinen Vermutungen. Doch an einer ehrlichen Aufklärung der Bevölkerung besteht kein Interesse: Von der Angst vor der Vogelgrippe profitieren gleich mehrere Gruppen.

von Angelika Kögel-Schauz

Influenza - ein „vielseitiges“ Virus

Influenza-Viren gibt es nicht nur beim Menschen, sondern z.B. auch bei Vögeln als sog. Vogelgrippe. Die Bedrohung durch überfliegende Vögel, die zuerst das Geflügel am Boden und diese dann den Menschen anstecken, bietet ein ideales Szenario für eine weltumspannende Panikmache.

Da bisher der Vogelgrippe in dieser Hinsicht wenig Aufmerksamkeit geschenkt und kaum auf Virustypen getestet worden war, konnte man hier durch vermehrte Tests mit der entsprechenden Medienarbeit leicht das Bild von einer unmittelbar drohenden Epidemie schaffen.

Zunächst ist es notwendig, sich mit der Einteilung der Influenzaviren zu befassen. Es gibt drei Typen, Influenza A, Influenza B und C, die alle beim Menschen vorkommen. Bei Tieren (z.B. Vogel, Schwein, Pferd, Katze, Frettchen) kommt nur die Influenza A vor.

Die Influenza-A-Viren werden nach zwei Bestandteilen an der Virusoberfläche (Hämagglutinin und Neuraminidase) weiter in Subtypen unterteilt. Derzeit sind 15 H-Subtypen und 9 N-Subtypen bekannt. Innerhalb eines Subtyps werden weitere Varianten unterschieden, die mit dem Jahr und Ort ihres Auftretens gekennzeichnet werden.

Bei den Influenza-Viren treten ständig sog. Punktmutationen* auf. Diese bewirken, dass man selbst an dem gleichen Subtyp mehrfach erkranken kann bzw. dass man trotz Impfung an dem im Impfstoff enthaltenen Subtyp erkranken kann. Bei dem Übergang von einer Tierart zur anderen kommt es zu besonders häufigen und größeren Veränderungen im Erbgut des Erregers.

Die kleinen Veränderungen im Erbgut kommen laufend vor, so

dass jedes Jahr viele verschiedene Varianten in Labortests gefunden werden. Da viele Menschen Kontakt mit Influenza-Viren haben, oft sogar ohne es zu wissen¹, sind diese kleinen Veränderung weniger problematisch, da viele Menschen zumindest teilweise immun dagegen sind.

Die große Sorge besteht vor größeren Veränderungen der Viren oder vor einem Überspringen von Tierviren auf den Menschen, weil dann in der Bevölkerung keine Immunität vorhanden wäre. Die vielen verschiedenen Virenstämme unterscheiden sich in ihren Eigenschaften oftmals grundlegend. Manche Viren verursachen schwere Krankheitssymptome und sind sehr ansteckend innerhalb der Tierart oder beim Menschen. Andere hingegen sind mehr oder weniger harmlos.

Die drei Annahmen der Pandemie-Hypothese

Bei der Vogelgrippe-Panik werden drei verschiedene hypothetische Annahmen vermischt. Dies macht die Angelegenheit für den Einzelnen so schwer durchschaubar:

Die erste Annahme ist das vermehrte Auftreten der Vogelgrippe bei Tieren. Hierdurch wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Virus auf den Menschen überspringt bzw. dass sich neue Subtypen bilden. Wie groß diese Gefahr wirklich derzeit ist, d.h. ob hier wirklich eine drastische Zunahme stattgefunden hat bzw. stattfindet, kann nicht beziffert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass die vermeintliche Zunahme der Vogelgrippe bei Wild- und Hausvögeln lediglich durch die vermehrte Testung und größere Aufmerksamkeit zustande gekommen ist.

Die zweite Annahme ist das Überspringen von bisher für den Menschen unbekanntem Influen-

zaviren von einer Tierart auf den Menschen. Die Panik, die um jeden Menschen, der an dem Vogelgrippe-Virus erkrankt, gemacht wird, ist wegen der geringen Fallzahl kaum nachvollziehbar. Diese Viren sind schon seit Jahren bekannt, ohne dass ein vermehrtes Auftreten beim Menschen beobachtet werden konnte.

Die dritte Annahme ist die Vermischung von krankmachenden Eigenschaften der Vogelgrippeviren mit den ansteckenden Eigenschaften der Menschenviren. Diese Vermischung muss durch eine Neukombination in einem Menschen erfolgen, der zufällig mit zwei Virenarten gleichzeitig infiziert sein müsste.

Erst wenn alle drei Annahmen erfüllt sind, kann es überhaupt zu einem neuen Supervirus kommen, das eine Pandemie auslösen könnte.

Völlig unverständlich und aus wissenschaftlichen Gründen nicht nachvollziehbar ist die von verschiedenen Amtsträgern verbreitete systematische Panikmache.

Nachfolgend finden Sie einige exemplarische Äußerungen:

Prof. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer:

„Wir beobachten mit Sorge, dass sich das Vogelgrippe-Virus H5N1 in seinen Strukturen sehr schnell ändert.“ Falls eine Variante entstünde, die von Mensch zu Mensch übertragen werden kann, sei es nur eine Frage der Zeit, wann diese Grippewelle Deutschland erreicht. Dies könne

* Wörterklärungen

Punktmutation:
geringfügige Änderung an einer Stelle im Virenerbgut