

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

Johann Wolfgang von Goethe

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

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

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

Computersatz & Titelbildgestaltung: Sarah Tolzin

Quelle des Titelfotos: Fotolia.de, Franz Pflügel

Druck: Lindemann, Offenbach

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

ISBN: 978-3-9813286-8-4



Die Seuchen-Erfinder

Hans U. P. Tolzin

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

Tolzin Verlag
Edition impf-report



Inhaltsverzeichnis

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

EHEC

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

Schweinegrippe (H1N1)

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

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

Blauzungenkrankheit

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

SARS

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

Spanische Grippe

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

Vogelgrippe

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

Anhang

Glossar	265
Über den Autor	277
Weiterführende Webseiten & Literatur	279

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Zu Carlo Urbani siehe SARS-Kapitel ab Seite 170

Wir stehen vor dem vielleicht wichtigsten Paradigmenwechsel in der Medizin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hans U. P. Tolzin, im August 2012

Absurde „Tunnelblick-Diagnosen“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In 11 Schritten von der Virushypothese zum Virusbeweis

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

1. Schritt: Feststellung eines neuen, bisher unbekanntes Symptombildes

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

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

2. Schritt: Sorgfältige Anamnese

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

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

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

3. Schritt: Optische Identifizierung des Erregers:

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

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

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

4. Schritt: Hochoaufreinigung

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

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

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

5. Schritt: Bestimmung der biochemischen Eigenschaften

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

6. Schritt: Identifizierung eindeutiger Merkmale

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

7. Schritt: Eichung von Labortests

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

8. Schritt: Erfüllung des ersten Koch'schen Postulats

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

9. Schritt: Erfüllung des zweiten Koch'schen Postulats

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

10. Schritt: Erfüllung des dritten Koch'schen Postulats

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

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

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

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

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

11. Schritt: Dokumentation & Bestätigungen

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

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

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

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

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

EHEC

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

Vom nützlichen Darmbakterium zum Killerkeim

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

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

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

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



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

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

Die ersten Tage der „Epidemie“

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

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

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

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

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

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

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

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

Zahlreiche Widersprüche geben Rätsel auf

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

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

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

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

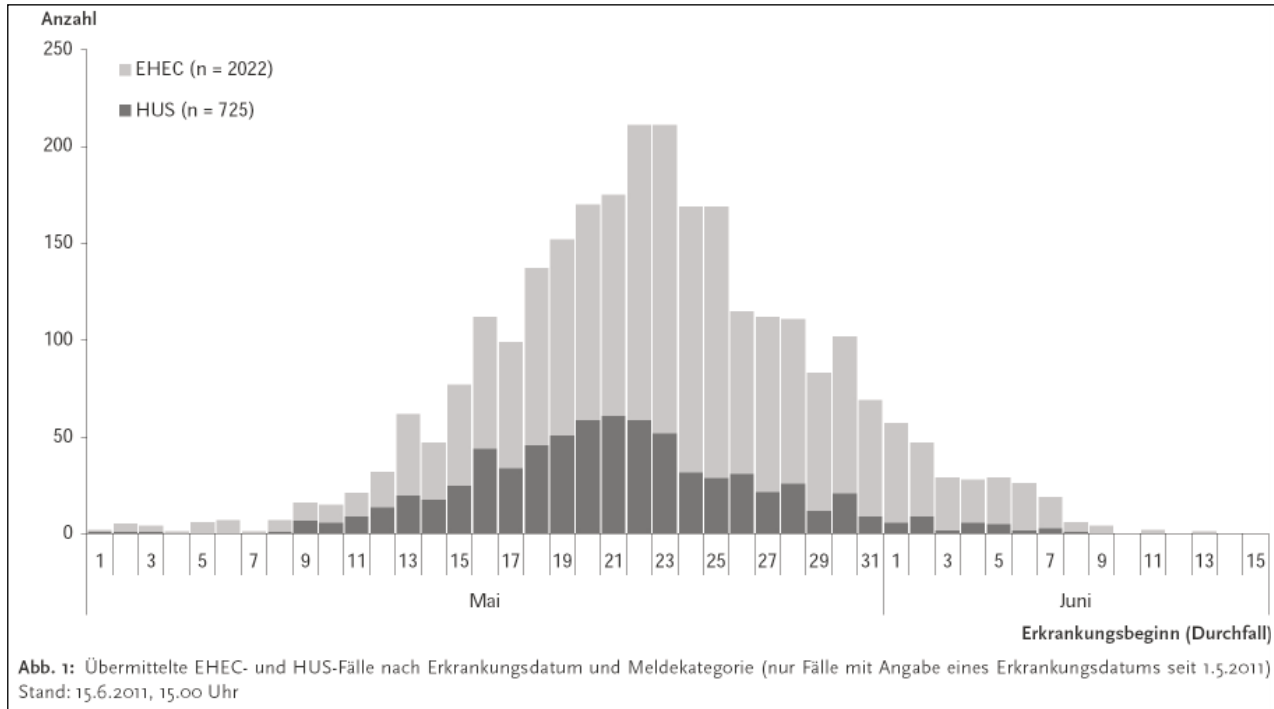
Übertragungswege & Infektionsquellen meistens unbekannt

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Falls ja:

Wer war dies? _____

Welche weiteren Symptome lagen vor? _____

Wann hat der Durchfall begonnen? (Datum) _____

ACHTUNG!

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

VORHER ERKRANKT IST; WEITER!!

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

INTERVIEW ABBRECHEN (SEKUNDÄRFALL)

2

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

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

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

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

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

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

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

Hat die Anzahl der Erkrankungen und Todesfälle überhaupt zugenommen?

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

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

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

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

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

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

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

Todesursache Krankenhaus

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

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

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

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

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

Krankenhausstatistik 2009

Erkrankungen aufgrund von Darminfektionen

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

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

Code (ICD-10)	Bezeichnung der Diagnose	Anzahl
A068	Amöbeninfektion an sonstigen Lokalisationen	4
A069	Amöbiasis, nicht näher bezeichnet	1
A070	Balantidiose	1
A071	Giardiasis [Lambliasis]	280
A072	Kryptosporidiose	86
A073	Isosporose	8
A078	Sonstige näher bezeichnete Darmkrankheiten durch Protozoen	20
A079	Darmkrankheit durch Protozoen, nicht näher bezeichnet	7
A080	Enteritis durch Rotaviren	27 463
A081	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	26 080
A082	Enteritis durch Adenoviren	3 141
A083	Enteritis durch sonstige Viren	897
A084	Virusbedingte Darminfektion, nicht näher bezeichnet	8 140
A085	Sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	366
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	120 640
	Summe aller Darminfektionen	231 603
<i>Quelle: Statistisches Bundesamt 2011 „Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten“ Tabelle: impf-report. Druckfehler und Irrtum vorbehalten</i>		

Krankenhausstatistik 2009

Todesfälle aufgrund von Darminfektionen

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

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

Todesursachenstatistik 2009: Tod aufgrund von Darminfektionen

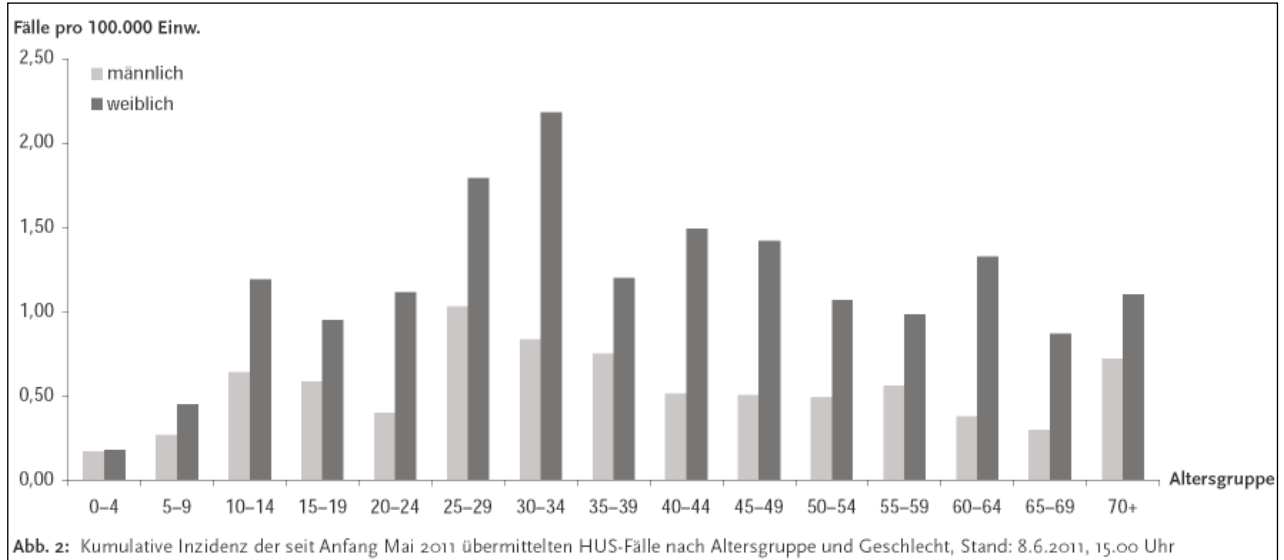
Code (ICD-10)	Todesursache	m	w	ges.
A010	Typhus abdominalis	.	1	1
A020	Salmonellenenteritis	12	19	31
A021	Salmonellensepsis	7	2	9
A022	Lokalisierte Salmonelleninfektionen	3	1	4
A029	Salmonelleninfektion, nicht näher bezeichnet	4	3	7
A043	<i>Darminfektion durch enterohämorrhag. Escherichia coli</i>	2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

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

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

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

EHEC-Infektionen bei Männer und Frauen



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

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

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

Ungewöhnliche Geschlechterverteilung

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

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

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

Untypisches Alter

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

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

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

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

Ein EHEC allein macht noch lange keine Krankheit

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

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

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

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

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

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

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

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

Willkürliche Diagnose

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

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

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

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

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

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

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

Zweifelhafte Tierversuche & fragwürdige Hypothesen

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

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



© Sandra Brunsch - Fotolia.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommergrippe und Temperaturschwankungen

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

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

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

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

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

Ein „EHEC-begeisteter“ Arzt reicht für den Startschuss

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

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

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

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

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

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

Antibiotika und die Folgen

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

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

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

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

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

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

Tabu-Thema Hochsicherheits-Institute

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

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

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

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

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



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

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

Nebenwirkungen der industriellen Landwirtschaft

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

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

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

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

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

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

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

Intellektuelle Inzucht und Tunnelblick

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

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

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

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

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

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

Wer profitiert?

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

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

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

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

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

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

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

Philosophie des Kampfes

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

Bioterrorismus und der Verschwörungsboulevard

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Idealer Nährboden für Erreger-Panikmache

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des Arztes Dilemma

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

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

Die Illusion von Kontrolle und mögliche Auswege

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Was war der wahre Auslöser der „Epidemie“?

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

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

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