

Betreff: Impfung gegen Gebärmutterkrebs

Impfung gegen Gebärmutterkrebs – oder: wie wird ein neuer „Stand des Wissens“ produziert?
– und: Was ist wissenschaftliche Wahrheit?

Es geht um die jetzt in der Presse (Zeitung und Fernsehen) angepriesene „endlich verfügbare Impfung gegen Gebärmutterkrebs“.

Die Redaktion des Newsletter www.gladiss.de zeigt Ihnen heute mit einem weiteren Beitrag zum Impfen einen charakteristischen Mechanismus auf: Was man als „Stand des Wissens“ bezeichnet, wird produziert. Ein Artikel aus der Süddeutschen Zeitung vom 20.12.06 ist ein Paradebeispiel für das Erzeugen eines neuen bislang nicht existenten „Standes des Wissens“, wenn die zugrundeliegenden Studien durch eine das Produkt herstellende Firma bezahlt worden sind.

Zu welchen irrational-scurrilen Formen die Ausblendung kritischer Sichtweisen führen kann, haben wir im Jahr 2005 mit dem absurden Theater um die Vogelgrippe erlebt, das mit der Szenerie von Straßenbarrieren aus triefenden Desinfektionsmatten jedem Fachmann, der etwas von Biologie, Virologie, Hygiene und Immunologie versteht, die Schamröte der Öffentlichkeit gegenüber ins Gesicht treiben mußte, wenn er sich das Lachen oder das Weinen verkniff. Jetzt beginnt sich hier, in der Erweiterung von Impfkampagnen, Ähnliches, wenn auch etwas subtiler, zu vollziehen.

Zunächst geben wir Ihnen den Artikel aus der Süddeutschen Zeitung wörtlich wieder:

SZ 20.12.06

„Immun gegen Krebs. Kassen zahlen Impfung zum Schutz der Gebärmutter

Es ist ein Traum der Mediziner und die Hoffnung vieler Patienten - eine Impfung gegen Krebs. Seit diesem Jahr ist zumindest der Schutz vor einem der bösartigen Tumore möglich. In den USA ist im Juni eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs zugelassen worden. Die EU-Kommission erteilte die europaweite Zulassung am 20. September. Obwohl der Krebschutz aus der Spritze seit Oktober auf dem Markt ist und Forscher keine Kritik daran üben, bleibt zunächst unklar, wer die Impfung zahlt und ob sie empfohlen wird. Da die Zulassung ohne Altersbegrenzung erfolgte, sei die Frage, „für wen und wann eine Empfehlung ausgesprochen wird“, sagt Susanne Stöcker vom Paul-Ehrlich-Institut, das am Zulassungsverfahren beteiligt war.

Diese Woche kündigte jedoch die AOK an, die Kosten für die Impfung für Mädchen zwischen 9 und 17 Jahren zu übernehmen. In den Wochen zuvor hatte die TK und die DAK mitgeteilt, ihren Versicherten den Krebschutz zu bezahlen. Die Krankenkassen preschen vor, doch noch hat die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (RKI) die Impfung nicht in ihre Empfehlungen aufgenommen, nach denen sich die Ärzte richten. Am 5. Dezember hatte die Kommission darüber diskutiert. „Beschlüsse müssen erst mit Fachgesellschaften und Bundesländern abgestimmt werden“, sagt Susanne Glasmacher vom RKI. Man könne so weitreichende Empfehlungen „nicht übers Knie brechen“. Üblicherweise veröffentlicht die Kommission ihre Beschlüsse im Juli. „Sollte es eine Empfehlung geben, wird sie aber vermutlich vorab bekannt gegeben“, sagt Glasmacher. Im Februar könnte es so weit sein.

Forscher haben kaum Zweifel daran, dass die Impfung wirksam und sicher ist. In Studien an 20 000 Frauen wurde sie getestet. Innerhalb von sechs Monaten wird Gardasil oder Silgard - so heißen die zugelassenen Mittel - dreimal in den Muskel gespritzt. Die Präparate enthalten Eiweiße, die der Hülle von Papillomviren ähneln. Der

Organismus bildet daraufhin Antikörper gegen die Hüll-Stoffe. Gelangen später echte Viren in den Körper, töten die Antikörper sie ab.

Die Bekämpfung der Viren ist entscheidend, um Gebärmutterhalskrebs zu verhindern. 70 Prozent dieser Tumore werden von den Papillom-Viren 16 und 18 ausgelöst, gegen die sich der Impfstoff richtet und die hauptsächlich durch Sex übertragen werden. Die Erreger können jahrelang inaktiv bleiben, bis sie irgendwann das Gewebe zu abnormem Wachstum anregen, wodurch erst Krebsvorstufen, später Tumore entstehen. „Diese Kaskade wird zu 100 Prozent mit der Impfung verhindert“, sagt Susanne Stöcker vom Paul-Ehrlich-Institut. Jetzt sei zu diskutieren, ob auch Frauen um die 30 oder älter geimpft werden sollen. „Sind sie schon mit einem Virus-Typ infiziert, kann das ja noch Schutz gegen den anderen Viren-Typus bieten“, sagt Stöcker.

Schon bevor es die Impfung gab, ist der Tumor in den reichen Ländern zurückgedrängt worden. „Seit der Abstrich zur Vorsorge gehört, ist die Häufigkeit um mehr als die Hälfte zurückgegangen“, sagt Georg Feichter, Pathologe an der Universität Basel. Vorstufen zum Tumor können auf diese Weise früh erkannt und behandelt werden. „In Afrika ist Gebärmutterhalskrebs hingegen der häufigste Krebs bei Frauen - ein Volksleiden, Tendenz steigend“, sagt Feichter. „Hätten wir eine Weltregierung, müsste dort die Impfung zunächst eingeführt werden.“ Bei Kosten von 450 Euro für die Impfung bleibt das wohl eine vergebliche Hoffnung.“ (S.Z., Werner Bartens)“

Die Newsletterredaktion beauftragte den Allgemeinmediziner Herrn Dr.med. Karl Braun-von Gladiß mit einer fachlichen Stellungnahme zu dieser aufregenden Pressemitteilung. Dieser erfahrene Arzt, der in seiner Praxis sehr viele Krebspatienten mit Methoden ganzheitsmedizinischer Krebstherapie behandelt, die er in www.praxisvongladiss.de präsentiert, kommentiert den Zeitungsartikel wie folgt:

Was hier zu lesen ist, ist sehr rasch in verschiedenen Pressorganen und auch im Fernsehen verbreitet worden. Dabei ist zu beobachten, daß beim Leser oder Zuschauer jeweils eine einfache Botschaft ankommt: „Endlich gibt es die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Sie schützt Mädchen und Frauen hundertprozentig vor der Krankheit.“

Dies ist zwar so nie ausgesagt worden, aber trotzdem suggerieren die im Artikel referierten Zahlen und die Überschrift, Gebärmutterhalskrebs könne jetzt hundertprozentig verhindert werden:

„Immun gegen Krebs ... ein Traum der Mediziner und die Hoffnung vieler Patienten ... seit diesem Jahr ist der Schutz vor einem der bösartigen Tumore möglich ... Die Erreger können jahrelang inaktiv bleiben, bis ... Tumore entstehen. Diese Kaskade wird zu 100 Prozent mit der Impfung verhindert“.

Was der Artikel aber konkret beschreibt, ist etwas anderes, und dies ist so wenig spektakulär, daß der mit dem Thema verbundene Medienrummel nicht nachvollziehbar ist, denn Ähnliches gehört zu den Alltagsergebnissen in Forschungslaboratorien. Tatsächlich bedeutet das, was dort steht, folgendes:

In Labor- und Tierversuchen zeigte sich, daß alle mit dem Impfstoff attackierten Virenvorstufen sich nach der Impfung nicht mehr zu aktiven Papillomaviren entwickelten. Dabei wurden nur 70 % der am Papillombefall der Cervix beteiligten Viren untersucht. Welche Bedeutung dieser Effekt auf die Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs hat, ist unbekannt. Man nimmt aber an, daß die Häufigkeit von Krebs am Muttermund damit zurückgeht. Zwar ist zeichnet sich dieser Rückgang bereits seit einiger Zeit aus anderen Gründen ab (zum Beispiel wegen der höheren Teilnahme der Frauen an Vorsorgeuntersuchungen), doch schaden kann es ja nicht, zusätzlich auf die Hoffnung zu setzen, der beschriebene Laborbefund könne auch eine klinische Bedeutung haben. Ob sich diese bestätigt, wird sich zeigen, wenn man künftig alle weiblichen Personen ab dem 10. Lebensjahr impft. Da die Impfung aber teuer ist, sollen eben die gesetzlichen Krankenversicherungen die Kosten übernehmen.

„Die Präparate enthalten Eiweiße, die der Hülle von Papillomviren ähneln. Der Organismus bildet daraufhin Antikörper gegen die Hüll-Stoffe. Gelangen später echte Viren in den Körper, töten die Antikörper sie ab.“

Man hofft das, sicher ist es aber nicht. Ebenso möglich wie das Abtöten echter Viren ist, daß diese Antikörper die anderen Papillomavirentypen, gegen die sie nicht gerichtet sind, in der Virulenz (krankheitserzeugenden Kraft) stärken. Man weiß das nicht. Unspezifische Antikörper sind ein Spiel mit dem Feuer.

Das Problem bei den heute so häufigen unspezifischen Antikörpern besteht genau darin, daß sie dem paßgenauen Antikörper eben nur ähneln, den es braucht, um ein eingedrungenes Eiweiß zielgerichtet abzuwehren. Deshalb erfolgt die Abwehr aber dem „ähnlichen“ Prinzip folgend auch nur unspezifisch. Das heißt, diese Abwehrreaktion läuft auch bei anderen Antigenen an, die aber vom System toleriert werden sollten, damit es zu keiner allergischen und zu keiner autoimmunologischen Reaktion kommt. Daß durch Impfungen nicht paßgenaue, sondern unspezifische Antikörper entstehen, ist also nicht vorteilhaft, sondern problematisch. Je weniger zielgerichtet (spezifisch) diese sind, desto wahrscheinlicher können sie auch andere Eiweißkörper attackieren, die besser toleriert werden sollten, weil sie am Erhalt des gesunden Milieus beteiligt sind.

„Sind sie (Frauen um die 30 oder älter) schon mit einem Virus-Typ infiziert, kann das ja noch Schutz gegen den anderen Viren-Typus bieten“.

Mindestens gleich zutreffend ist das Gegenteil: Wenn eine Frau, die bereits Virusträgerin ist, geimpft wird, kann dies den schlafenden Virus oder Partnernviren wecken und in die virulente (krankheitserzeugende) Phase bringen.

Die Schutzwirkung der Impfung gegen andere als die Ziel-Viren ist nichts anderes als eine bloße Annahme, für die es keinen klinischen Beleg gibt. Eine solche Aussage suggeriert aber Hoffnung auf Schutz vor einem Risiko. Sie ist zwar mit nichts belegbar, lenkt aber von den möglichen Risiken der Impfung ab.

„Die Erreger können jahrelang inaktiv bleiben, bis sie irgendwann das Gewebe zu abnormem Wachstum anregen, wodurch erst Krebsvorstufen, später Tumore entstehen.“

Das ist doch eben das Problem! Es sind Milieubedingungen, die die Veränderung mikrobieller Besiedelung verursachen. Schon Louis Pasteur, der auf dem Sterbebett den bekannt gewordenen Satz „Die Mikrobe ist nichts, das Terrain ist alles“ prägte, hat das erkannt. Gerade wenn ein Virusbefall nachgewiesen wird, muß das Anlaß sein, das pathologische Milieu zu sanieren, welches seine Existenz signalisiert.

Zum Schutz vor einem Virusbefall der Schleimhaut gehört dringend, nicht zu rauchen, weil der größte Anteil der 60 krebserregenden Substanzen aus dem Zigarettenrauch über die Cervixschleimhaut ausgeschieden wird. Gehäufte Antibiotika und gehäufte Impfungen (nicht selten sind 20jährigen Frauen bereits 25 Impfstoffe verabreicht worden), Unterdrückung von Fieber - dies sind neben vielen anderen Belastungsfaktoren milieuschädigende, immunologisch problematische und den Zellstoffwechsel stressende Komponenten, die es primär zu beseitigen gilt, wenn ein pathologisches Abstrichergebnis vorliegt.

Diese Aspekte erwägend habe ich bei mehreren jungen Patientinnen den Cervixbefund eines krebverdächtigen Abstrichergebnisses mit „high risk“ Papillomavirenbefall allein mit milieuthérapeutischen Maßnahmen in der Scheide und am Muttermund, mit zellstoffwechselregenerativen Verfahren und Mikroimmuntherapie (einer homöopathisierten Zytokintherapie) erfolgreich behandelt, sodaß Kontrollabstriche negativ blieben.

„Im Zweifelsfall fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker oder lesen Sie die Packungsbeilage“ – wenigstens das hätte der Autor des Zeitungsartikels beherzigen sollen. Dann hätte er nämlich folgende Hinweise gesehen (Quelle ifap-Arzneimittelliste Ausgabe 1/07, Präparat Gardasil®):

Als Nebenwirkungen werden angegeben:

„Schwellungen, Schmerzen und Juckreiz an der Einstichstelle, selten auch Nesselsucht, Atemnot und Gelenkentzündungen in der Spätphase. Zur Anwendung des Impfstoffes bei Personen mit eingeschränkter Immunktion liegen keine Daten vor. Die Thrombocyten Zahl fällt ab, deshalb darf der Impfstoff Menschen mit Gerinnungsstörungen nicht oder nur eingeschränkt gegeben werden. Über die Auswirkungen auf die Schwangere liegen noch keine greifbaren Erkenntnisse vor. Bei Schwangerschaften mit einem vermuteten Schwangerschaftsbeginn innerhalb von 30 Tagen nach der Impfung (also in der sensiblen Phase der Organdifferenzierung – d.Verf.) wurden bei 2266 geimpften Frauen fünf Fälle kongenitaler Anomalien bei den Geimpften und keinen Fall in der Plazebogruppe beobachtet. Bei zum Impfzeitpunkt vorliegenden älteren Schwangerschaften gab es diesen Unterschied nicht.“

Wenn man das hier dokumentierte, wesentlich erhöhte Risiko von Mißbildungen, die in der ersten sensiblen Phase der Organdifferenzierung entstehen, vermeiden möchte, bedeutet dies, bei gebärfähigen Frauen vier und zwei Wochen vor der Impfung je einen Schwangerschaftstest durchzuführen und sie zu informieren, daß sie vom Beginn der Tests bis 4 Wochen nach der Impfung auf Geschlechtsverkehr verzichten müssen. Diese Maßnahmen zu unterlassen, ist fahrlässig und bedeutet die Hinnahme einer erheblichen Mißbildungsrate.

Wie wirkt sich die Tatsache aus, daß im Denken und vor allem in den Gefühlen von jungen Mädchen und anderen Gebärfähigen die Vorstellung verankert wird, die Gebärmutter sei ein potentiell gefährliches Organ, dazu prädestiniert, Krebs zu entwickeln? Wo vorher das rudimentäre anatomische Wissen junger Menschen weiße Flecke auf der Landkarte aufwies, leuchten jetzt rote Gefahrenzonen von tödlicher Krebsbedrohung auf. Diese Visualisierung trifft weibliche Jugendliche in einem Lebensalter, in der die Wirkung von self fulfilling prophecy so groß ist wie nie sonst. Daran ändert die These, sich durch die Impfung vor dem Krebs zu schützen, im Prinzip nichts. Die flächenhafte Werbekampagne für die Impfung zerstört die Unschuld der Imagination unwiderruflich.

Als Kosten für die Impfung werden 450 Euro genannt. Diese Zahl ist falsch. Tatsächlich kostet allein der Impfstoff 3 x 159,06 Euro, also 477,18 € (Stand Jan.07). Zu dieser nackten Zahl müssen die Kosten für die Impfleistung und vor allem die vorherigen Untersuchungskosten und Schwangerschaftsteste gerechnet werden, sodaß realistischerweise 550 Euro pro geimpfter Frau anzunehmen sind. Die durch die Impfkation entstehenden immunologischen und psychologischen Nebenwirkungen und die dadurch entstehenden Kosten müssen zusätzlich zu dieser Kalkulation noch einbezogen werden. Wenn eine dieser beiden Voruntersuchungen unterbleiben würde, wäre dies ein ernster ärztlicher Sorgfaltsfehler.

Wenn die Gesellschaft (und dazu gehören auch die gesetzlichen Krankenversicherungen) so viel Geld pro geimpfter Person aufwenden soll und diese Maßnahme flächendeckend propagiert wird, bevor auch nur annähernd eine Kosten-Nutzen-Analyse vorliegt, ja, noch bevor der klinische Wirkungsnachweis dafür vorliegt, und wenn dies in einer Zeit geschieht,

in der das Gesundheitssystem Ausgabenbegrenzung praktizieren sollte, und wenn statt erforderlicher Krankengymnastik aus Kostengründen billige Schmerzmittel verabreicht werden (um nur eins von unzähligen Beispielen zu nennen), dann muß die Frage erlaubt sein, wer von diesem Geld profitieren wird.

Mit dem, was wir uns bislang achtungsvoll (und naiv?) unter „Wissenschaft“ vorstellten, hat eine derart lancierte Darstellung nichts zu tun, sie „schafft“ aber „Wissen“ dadurch, daß einer Möchte-gern-Wahrheit durch Wiederholung in verschiedenen Presseorganen und Verknüpfung der Aussage mit den Titeln von Meinungsführern (Paul-Ehrlich-Institut) Gültigkeit verliehen wird.

Dr. med. Karl Braun-von Gladiß ©