

Wie die Pharmaindustrie unser Gesundheitssystem ruiniert

Univ.-Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen

Berlin – 26. Oktober 2024



Interessenkonflikte und Klarstellung

- Ich bin Obmann der Wissenschaftlichen Initiative Gesundheit für Österreich
- Gründer der Salzburger Akademie für Biopsychosoziale Gesundheit (SABG)
- Ich bin selbständiger, niedergelassener Arzt für Innere und Allgemeinmedizin in Salzburg/Österreich
- Ich bin Mitglied von
 - Respekt Plus
 - Wir EMUs (echt – mutig – unbeirrt)
 - Menschen-Freiheit-Grundrechte (MFG)“
 - Interdisziplinärer Verband für Gesundheitsberufe (IVfG)
 - MEZIS – „Mein Essen zahl ich selbst“

Meine Äußerungen in diesem Vortrag sind wissenschaftlich begründet, sind aber nicht mit irgendeiner der Organisationen, deren Mitglied ich bin, abgestimmt und stellen daher nicht unbedingt die Meinung dieser Organisationen dar.

Wenn ich in bestimmten Punkten mit der Auffassung bestimmter Organisationen übereinstimme, bedeutet dies nicht, dass ich alle Positionen dieser Organisationen auch selbst vertrete.

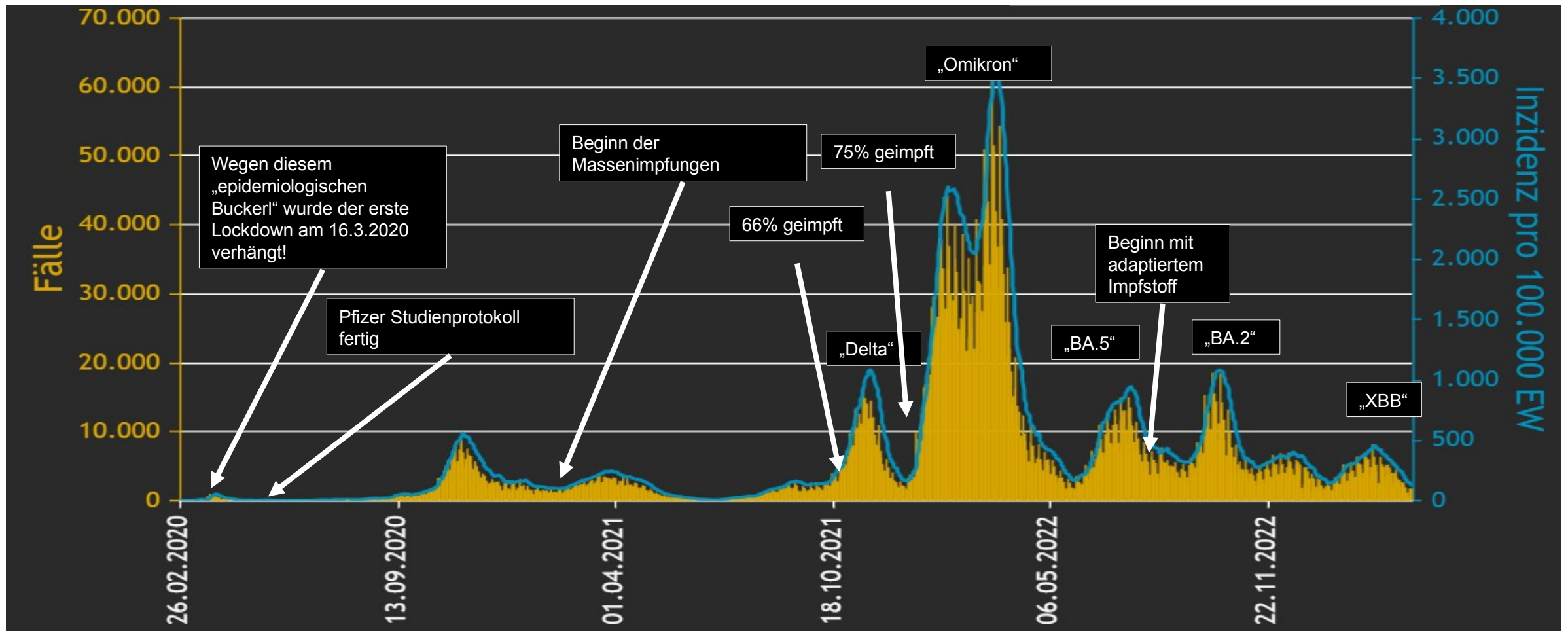


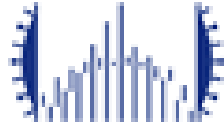
Die Mär vom asymptomatisch Kranken



Flatten the curve! – Welche eigentlich?

„Fälle“ (= positiver PCR-Test) in Österreich





ARE-Praxis-Sentinel

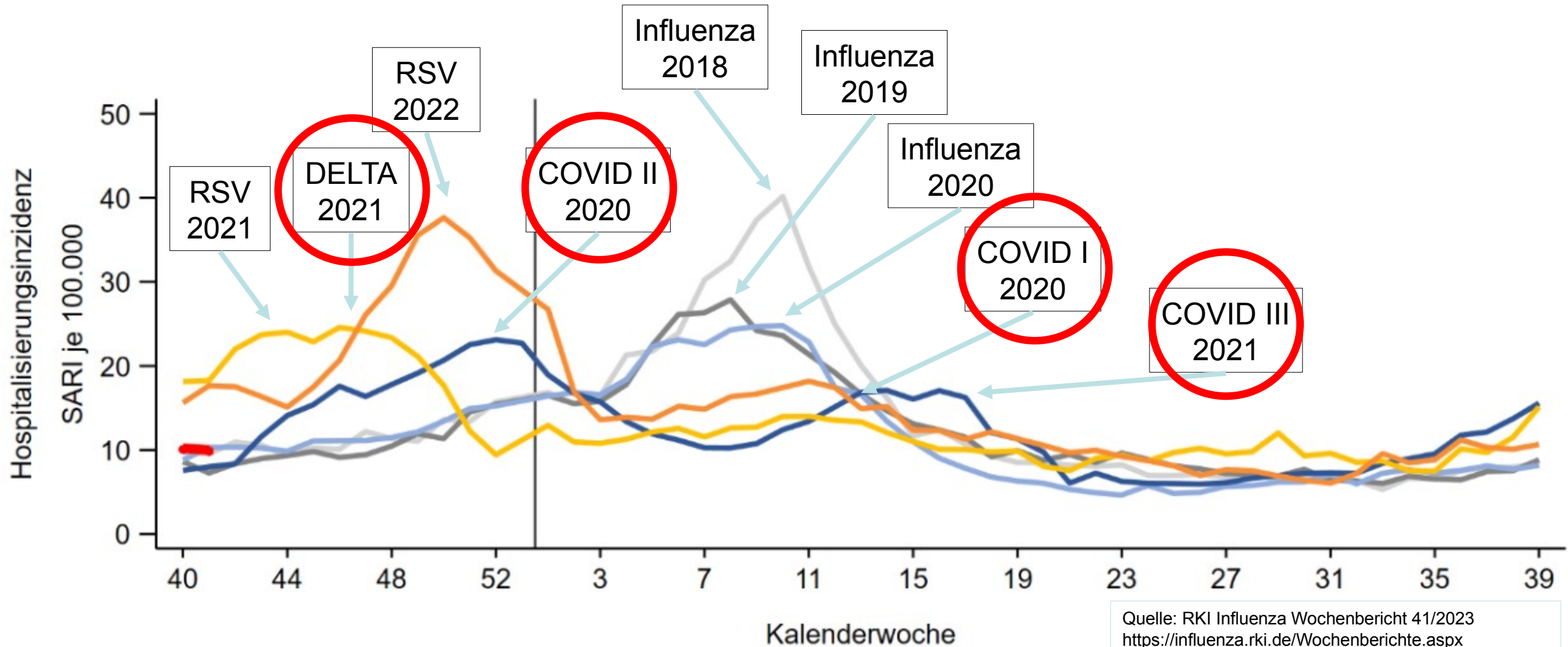
- aktuell ca. 700 Arztpraxen, davon übermitteln ca. 60 % elektronische Daten (SEED/ARE)
- bundesweit repräsentativ mit einer Abdeckung von mehr als 1 % der primärversorgenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland
- Abdeckung variiert von Bundesland zu Bundesland (siehe Karte)
- **Sentinelpraxis werden**



Sentinel-Praxen 2022/23

Die Wissenschaftler der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) im RKI liefern seit Jahrzehnten korrekte und repräsentative epidemiologische Daten für Deutschland

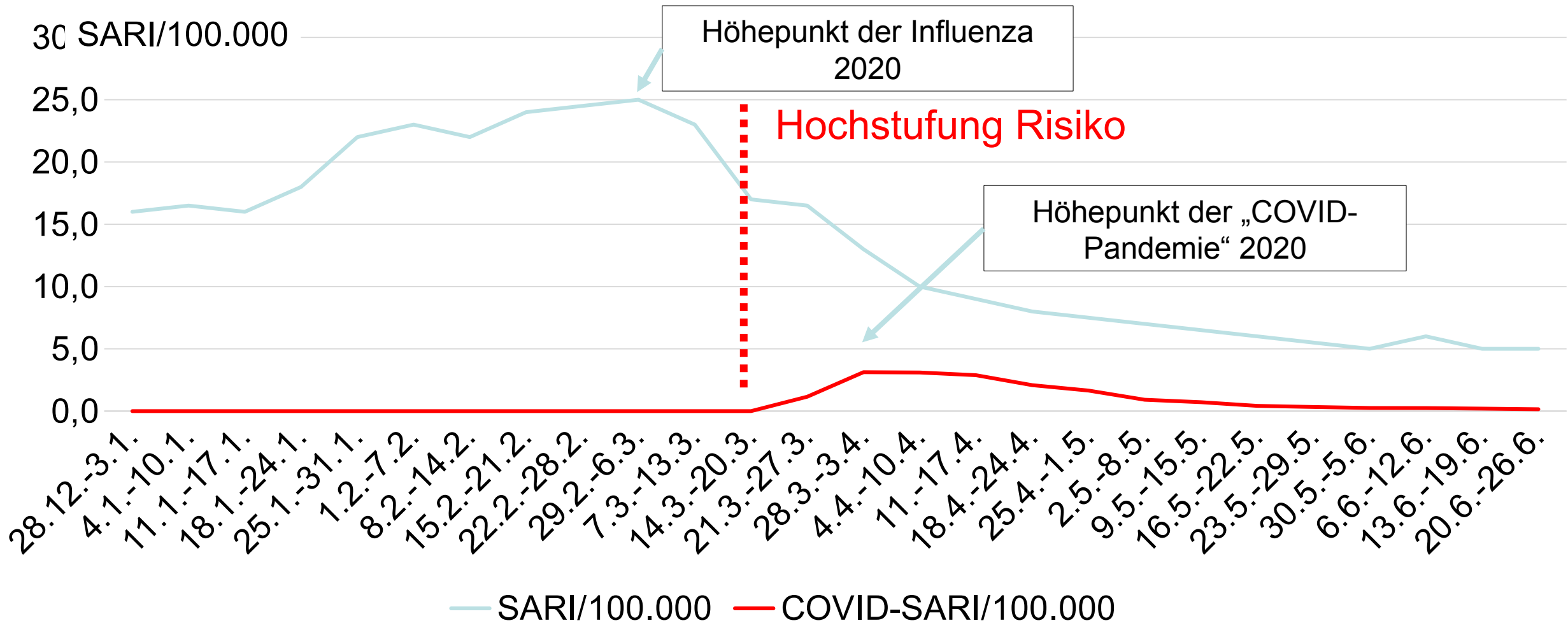
Hospitalisierte „Schwere Akute Respiratorische Infektionen“ (SARI) von 2017-2023 pro 100.000 Einwohner in Deutschland



Quelle: RKI Influenza Wochenbericht 41/2023
<https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx>

Saison: — 2017/18 — 2018/19 — 2019/20 — 2020/21 — 2021/22 — 2022/23 — 2023/24

Hospitalisierte „Schwere Akute Respiratorische Infektionen“ (SARI) von im ersten Halbjahr 2020



Dem RKI-Krisenstab war die niedrige Fallzahl bewusst

27.02.2020	AGI: 56 Proben eingegangen, 41 Proben sind bereits auf SARS-CoV- getestet worden – alle negativ
02.03.2020	AGI-Sentinel: bislang über 140 Proben, alle negativ .
03.03.2020	AGI Sentinel: gestern 80 Proben getestet, alle negativ
09.03.2020	AGI Sentinel: immer noch ohne positiven SARS-CoV-2 Befund
10.03.2020	AGI Sentinel läuft, noch keine Fälle hierüber identifiziert
11.03.2020	Erster Fall in virologischer AGI Sentinel Surveillance (Reiseanamnese St. Anton, Ö.)
12.03.2020	AGI Sentinel Surveillance: kein neuer Fall
19.03.2020	AGI virologische Surveillance: 3 positive Befunde im Sentinel
20.03.2020	AGI Sentinel suggeriert nach wie vor keine breite Zirkulation, keine positiven Proben in den letzten zwei Tagen
23.03.2020	AGI Sentinel: Keine SARS-CoV-2 positiven Proben im Sentinel
24.03.2020	AGI Sentinel: Gestern eine positive Probe von 40
24.03.2020	Virologische Surveillance übermittelt den Eindruck, dass es keine relevante SARS-CoV-2 Zirkulation gibt.



RKI-Krisenstab rät von der Testung Asymptomatischer

28.02.2020	BMI hat gestern Schreiben rumgeschickt, dass Patienten in Gesundheitsinstitutionen getestet werden sollen, auch asymptomatische! Einigkeit im Krisenstab, dass dies nicht sinnvoll ist
10.03.2020	Klare Botschaft für morgige Pressekonferenz: keine Testung von asymptomatischen Personen
13.03.2020	Grundsätzlich wird perspektivisch nur getestet werden, wenn sich daraus eine medizinische Folgerung ergibt Grundsätzliche Strategie weiterhin: Keine Testung von asymptomatischen Personen
25.03.2020	Gemäß RKI-Empfehlung sollen keine asymptomatischen Personen getestet werden

Fazit

- Es gab 2020 keine relevante, gefährliche Pandemie in Deutschland
- Die „Pandemie“ wurde durch ungezielte Massentests asymptomatischer Personen vorgespiegelt
- Es bestand keine Veranlassung, das Risiko am 17.03.2020 hochzustufen
- Es bestand zu keinem Zeitpunkt eine „Epidemische Lage von nationaler Tragweite nach §5 IfSG“
- Es bestand abgesehen von lokalen Belastungen im Winterhalbjahr durch grippale Infekte zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung der Krankenhäuser und Intensivstationen*
- Dem RKI-Krisenstab waren alle diese Tatsachen bewusst. Von der Testung asymptomatischer Personen wurde wiederholt abgeraten



ANZEIGE

SARS-COV-2

US-Bericht hält Laborunfall für wahrscheinlich

04.12.2024, 13:31 Lesezeit: 2 Min.



COVID war nur die Spitze des Eisbergs –
seit Jahrzehnten ist unser
Gesundheitswirtschaftssystem darauf
ausgelegt, aus Bürgern Patienten zu
machen

Warum und wie schaffen die das?



Wie man Bürger zu Patienten

- Willkürliche (Um-)Definition von Normwerten – Beispiele Cholesterin, Blutdruck, Blutzucker
- Screening – Beispiele Gesundheitsuntersuchung (Checkup 35), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Neugeborenen-Screening, COVID-PCR-Test
- Impfungen – vermeintliche Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme an Gesunden
- Awareness-Kampagnen und Disease Mongering – Beispiele Depression, ADHS, „Disruptive Child Disorder“



Wie man Bürger zu Patienten macht....



Angst

Wie sich Bürger zu Patienten



GESUNDHEIT

Länger leben: Viele nehmen lieber Pille als Sport zu machen



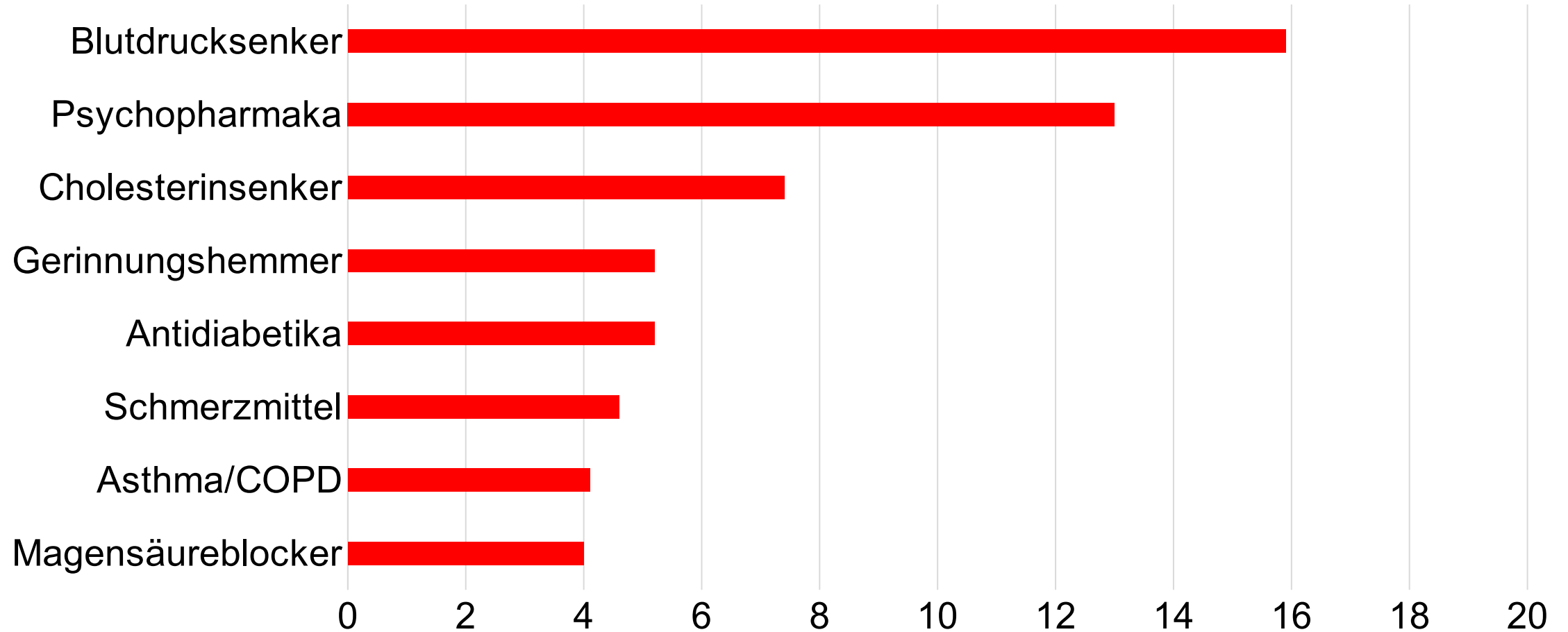
- Bequemlichkeit
- Keine Eigenverantwortung
- Kritiklosigkeit

Ein Großteil der Patienten würde für mehr Lebenszeit eher zur Tablette greifen – regelmäßiges Training ist unbeliebt.



Die meistverordneten Arzneimittel

Anzahl Packungen in Mio



Häufigkeit von Polypharmazie in der deutschen Bevölkerung

Alter (Jahre)	% der Bevölkerung, die ≥ 5 Medikamente einnehmen
≥ 65	42 %
≥ 85	50 %



Von der traditionellen pflanzlichen Heilkunde zur industrialisierten Medizin





Salix alba



Von der Weidenrinde zum Kassenschlager



Felix Hoffmann



John R Vane



Salix alba

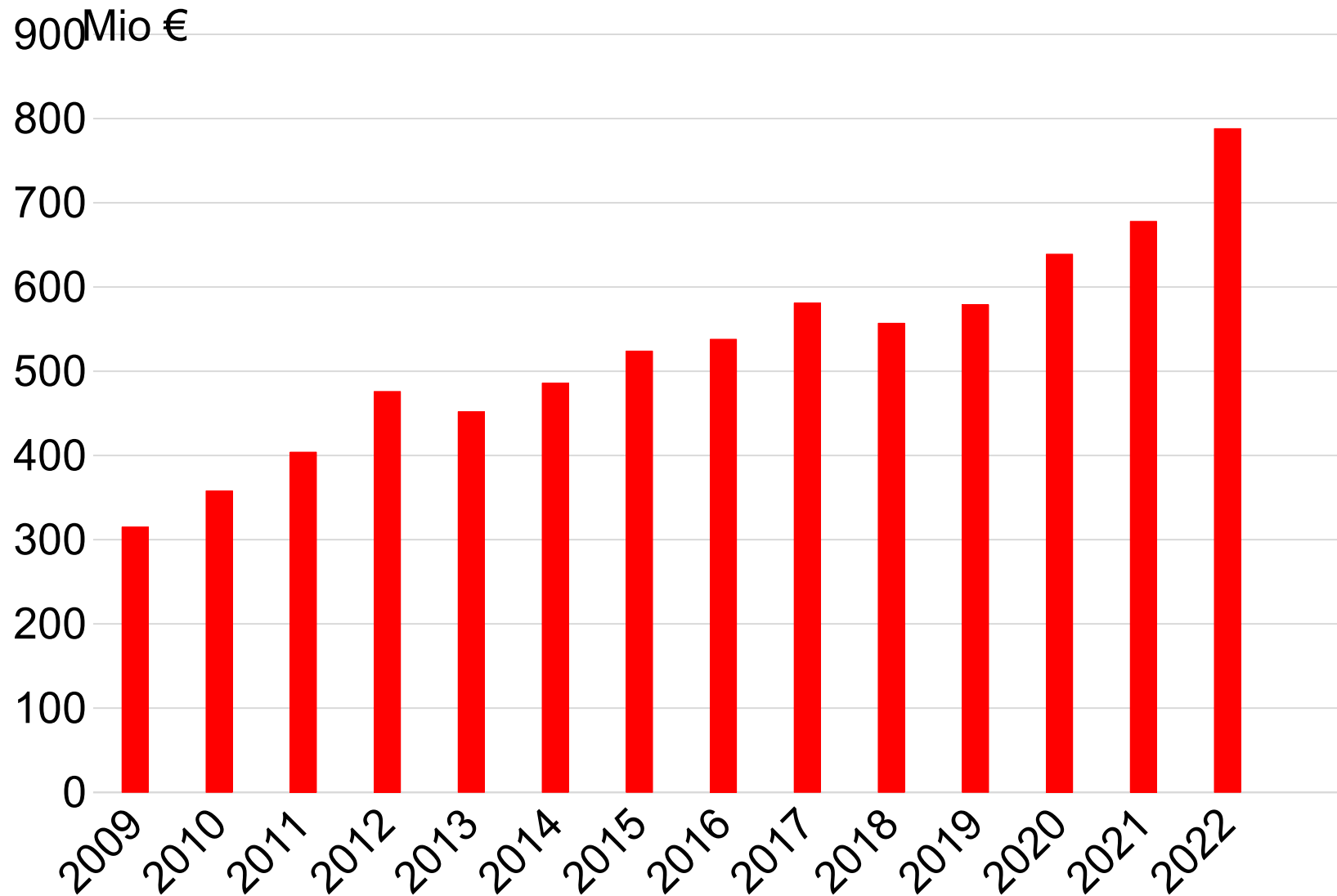
- 1828 Isolierung von „Salicin“
- 1874 Synthese von Salicylsäure
- 1897 Synthese von Acetylsalicylsäure
- 1899 „Aspirin“ als Marke eingetragen
- 1971 Entdeckung des Wirkmechanismus von Aspirin
- 1982 Nobel-Preis für den Entdecker JR Vane
- 2022 Bayer macht über eine Milliarde Umsatz pro Jahr mit Aspirin



1828 Is
1874 S
1897 S
1899 „/
1971 E
1982 N
2022 B



Bayer Jahresumsatz mit Aspirin 100 mg Tbl.



Acetylsalicylsäure-Konsum in Deutschland pro Jahr

70 Tonnen ASS 100 mg Tbl¹

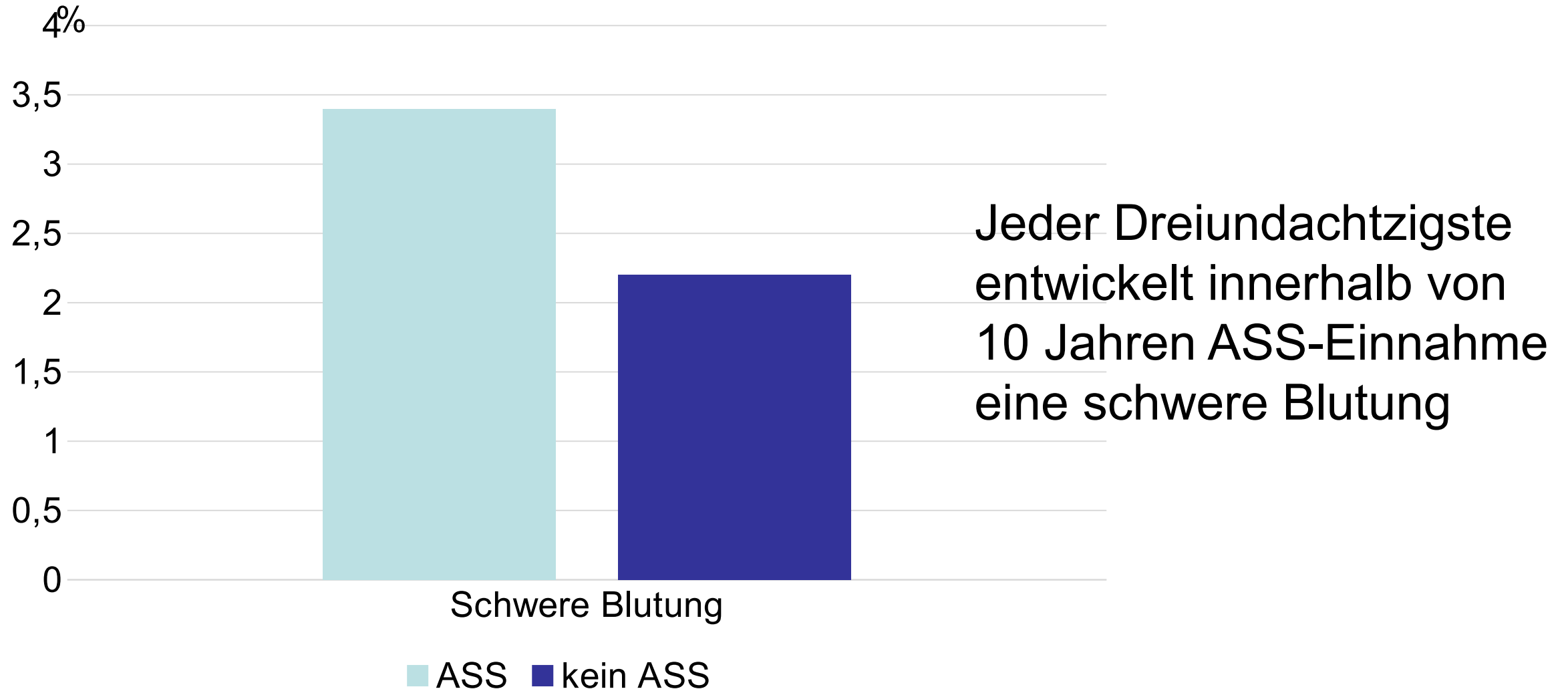
7 Tonnen ASS 500 ärztlich verordnet¹

200 Tonnen ASS Selbstmedikation „OTC“²

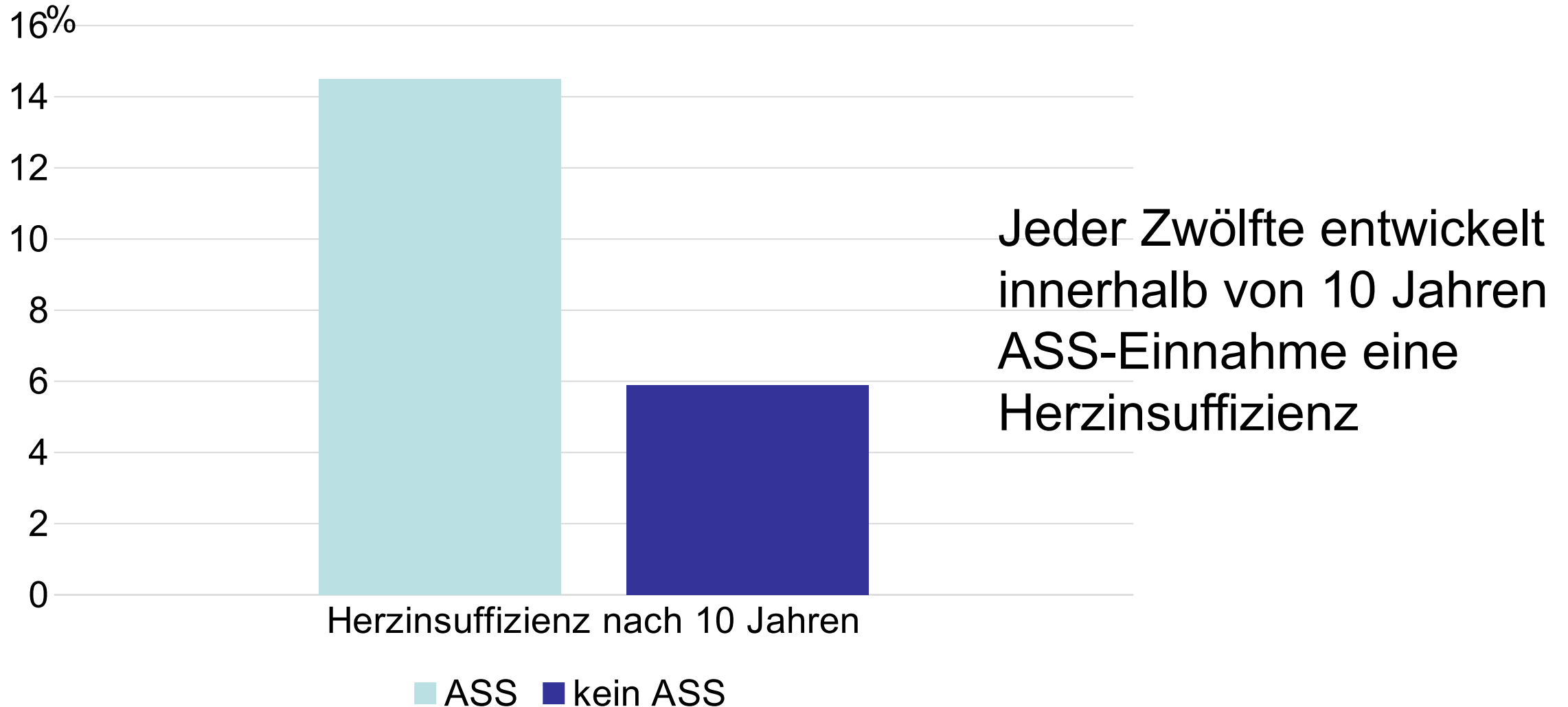
277 Tonnen ASS insgesamt



Langjährige ASS-Einnahme begünstigt Blutungen



Langjährige ASS-Einnahme begünstigt Herzinsuffizienz



2002

USPSTF-Empfehlung im Lauf der Jahre

Population	Recommendation	Grade
Adults with are at increased risk for coronary heart disease (CHD)	The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) strongly recommends that clinicians discuss aspirin chemoprevention with adults who are at increased risk for coronary heart disease (CHD) (go to Clinical Considerations). Discussions with patients should address both the potential benefits and harms of aspirin therapy	A

2009

Population	Recommendation	Grade
Men, Age 45-79	The USPSTF recommends the use of aspirin for men age 45 to 79 years when the potential benefit due to a reduction in myocardial infarctions outweighs the potential harm due to an increase in gastrointestinal hemorrhage. See the Clinical Considerations section for discussion of benefits and harms.	A
Women, Age 55-79	The USPSTF recommends the use of aspirin for women age 55 to 79 years when the potential benefit of a reduction in ischemic strokes outweighs the potential harm of an increase in gastrointestinal hemorrhage. See the Clinical Considerations section for discussion of benefits and harms.	A
Women Younger than 55 (Stroke), Men Younger than 45 (MI)	The USPSTF recommends against the use of aspirin for stroke prevention in women younger than 55 years and for myocardial infarction prevention in men younger than 45 years.	D
Men and Women, 80 Years and Older	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of aspirin for cardiovascular disease prevention in men and women 80 years or older. See the Clinical Considerations section for suggestions for practice regarding the I statement.	I

2016

Population	Recommendation	Grade
Adults aged 50 to 59 years with a 10% or greater 10-year CVD risk	The USPSTF recommends initiating low-dose aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease (CVD) and colorectal cancer (CRC) in adults aged 50 to 59 years who have a 10% or greater 10-year CVD risk, are not at increased risk for bleeding, have a life expectancy of at least 10 years, and are willing to take low-dose aspirin daily for at least 10 years.	B
Adults aged 60 to 69 years with a 10% or greater 10-year CVD risk	The decision to initiate low-dose aspirin use for the primary prevention of CVD and CRC in adults aged 60 to 69 years who have a 10% or greater 10-year CVD risk should be an individual one. Persons who are not at increased risk for bleeding, have a life expectancy of at least 10 years, and are willing to take low-dose aspirin daily for at least 10 years are more likely to benefit. Persons who place a higher value on the potential benefits than the potential harms may choose to initiate low-dose aspirin.	C
Adults younger than 50 years	The current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of initiating aspirin use for the primary prevention of CVD and CRC in adults younger than 50 years.	I
Adults aged 70 years or older	The current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of initiating aspirin use for the primary prevention of CVD and CRC in adults aged 70 years or older.	I

2022

Population	Recommendation	Grade
Adults aged 40 to 59 years with a 10% or greater 10-year cardiovascular disease (CVD) risk	The decision to initiate low-dose aspirin use for the primary prevention of CVD in adults aged 40 to 59 years who have a 10% or greater 10-year CVD risk should be an individual one. Evidence indicates that the net benefit of aspirin use in this group is small. Persons who are not at increased risk for bleeding and are willing to take low-dose aspirin daily are more likely to benefit.	C
Adults 60 years or older	The USPSTF recommends against initiating low-dose aspirin use for the primary prevention of CVD in adults 60 years or older.	D

ASPIRIN® protect 100 mg-60 st



Abbildung ähnlich

Hersteller: Bayer Austria GmbH

Artikelnummer: 08009673

PZN: 03504847

Darreichu

Packungsg

Verordnur

apothek

rezeptfrei

Wählen Sie Ihre Variante:

-24 %


60 st

- ✓ verhindert das Verklumpen von Blutplättchen
- ✓ zur Herzinfarktprophylaxe
- ✓ zur Vorbeugung von Schlaganfällen



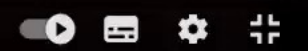
Aspirin® PLUS C: Sprudelnd schnell gegen erste Erkältungsanzeichen



ASPIRIN[®] PLUS 

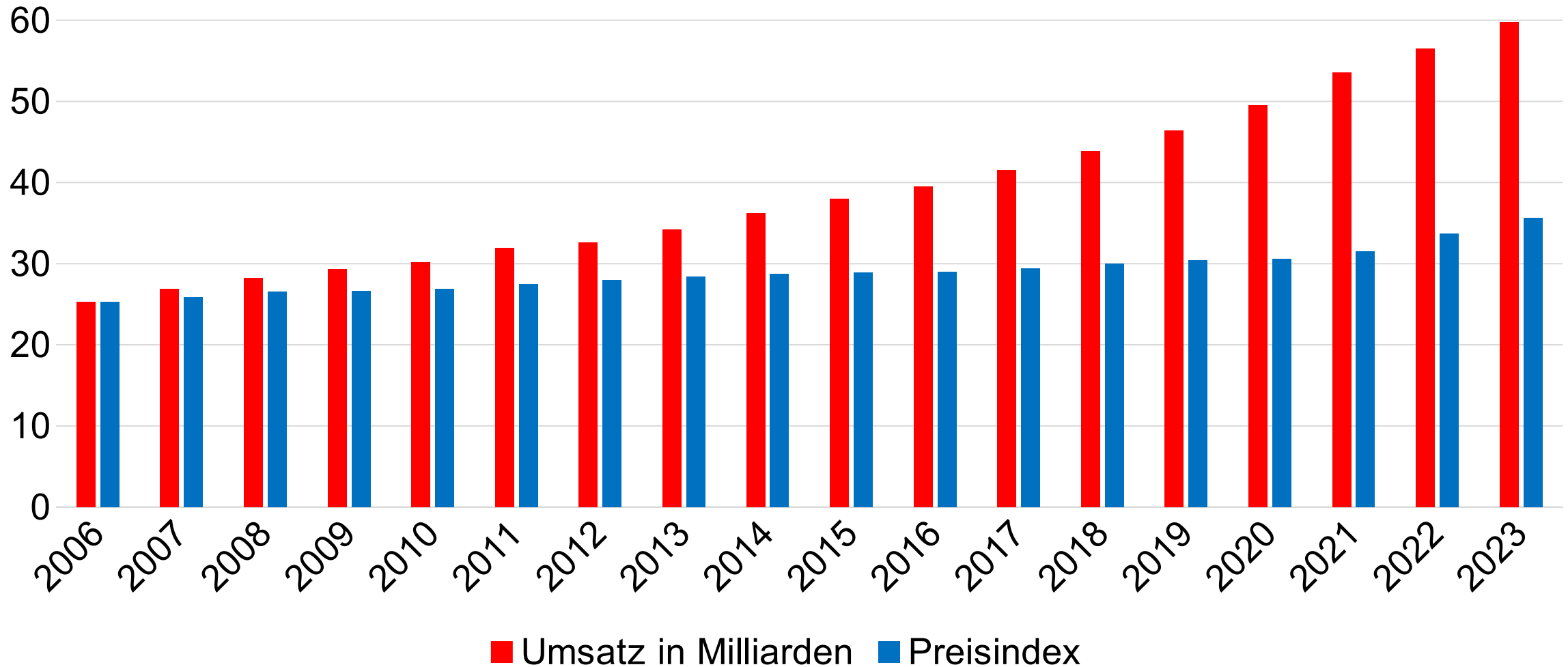


0:05 / 0:19



Jahresumsatz der Pharmaindustrie in Deutschland

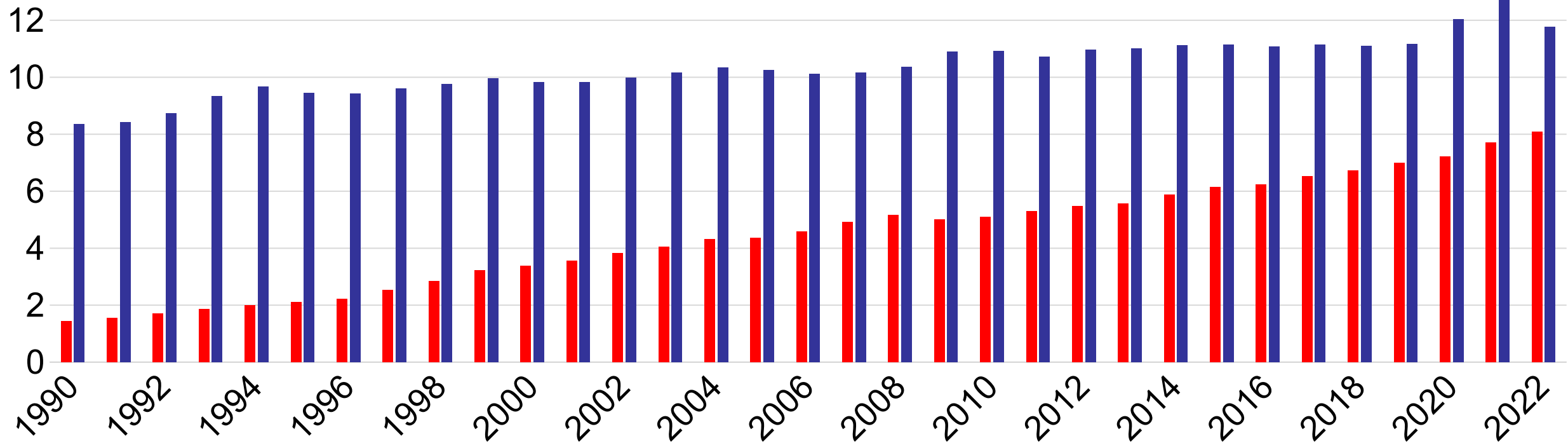
70 Milliarden €



Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/Methoden/Internetprogramm.html>;
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158096/umfrage/pharma-gesamtmarkt-umsatzentwicklung-seit-2006/>

Ausgaben für Arzneimittel und Medizinprodukte im Vergleich zu Gesundheitsausgaben gesamt in % BIP

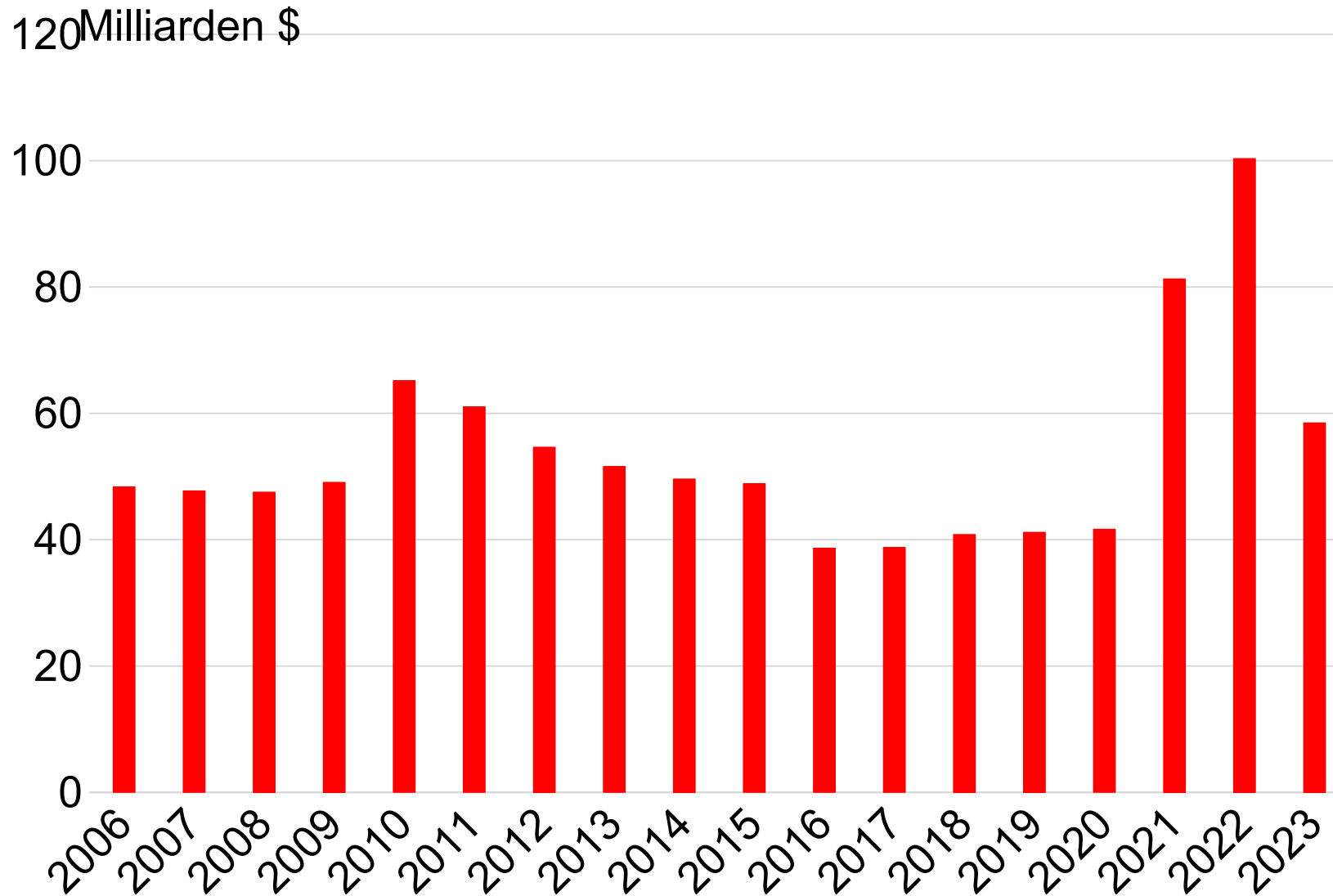
14 Milliarden € / %



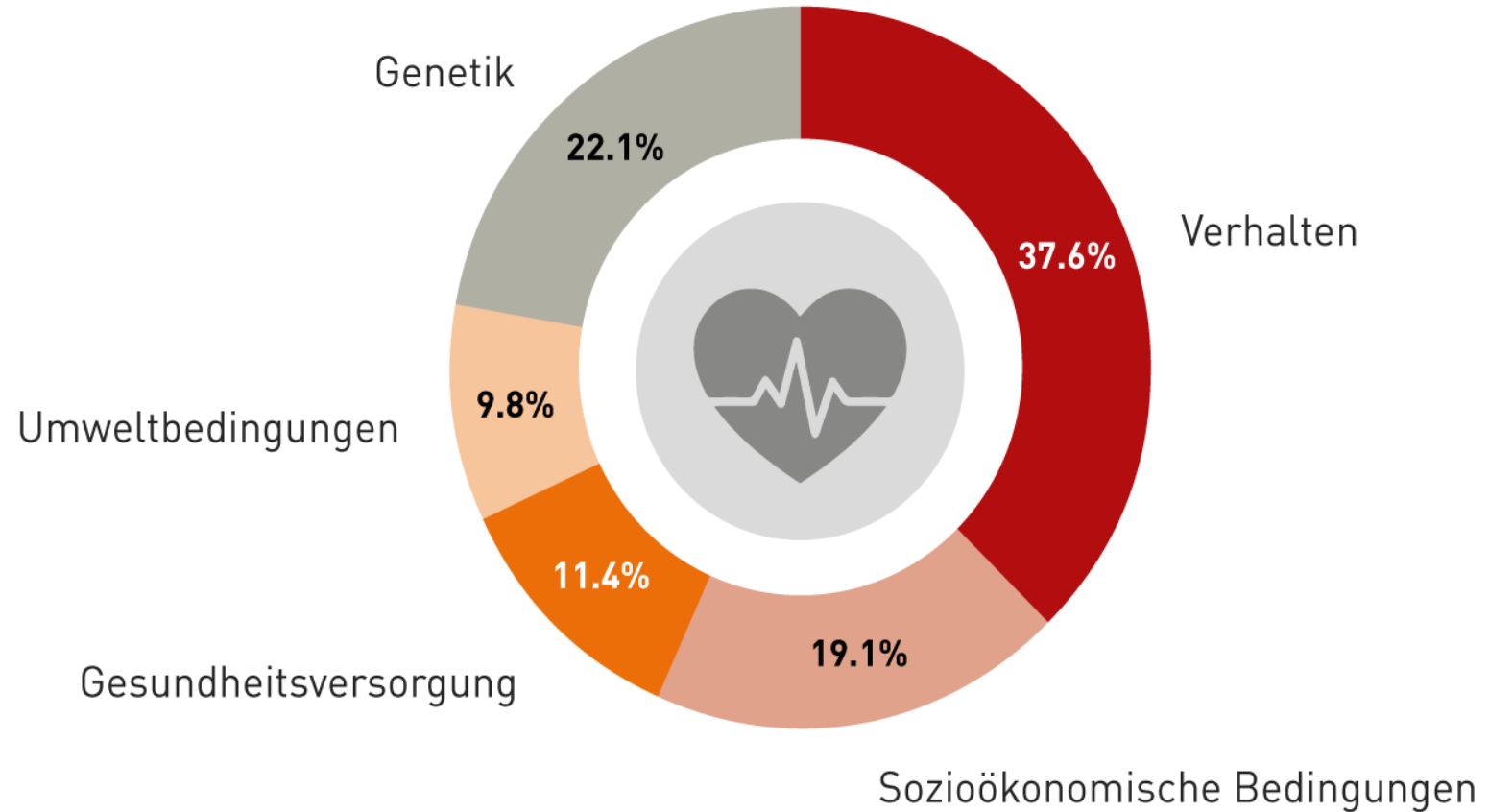
- Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter gesamt
- Gesundheitsausgaben in % BIP



Pfizer Jahresumsatz 2006-2023



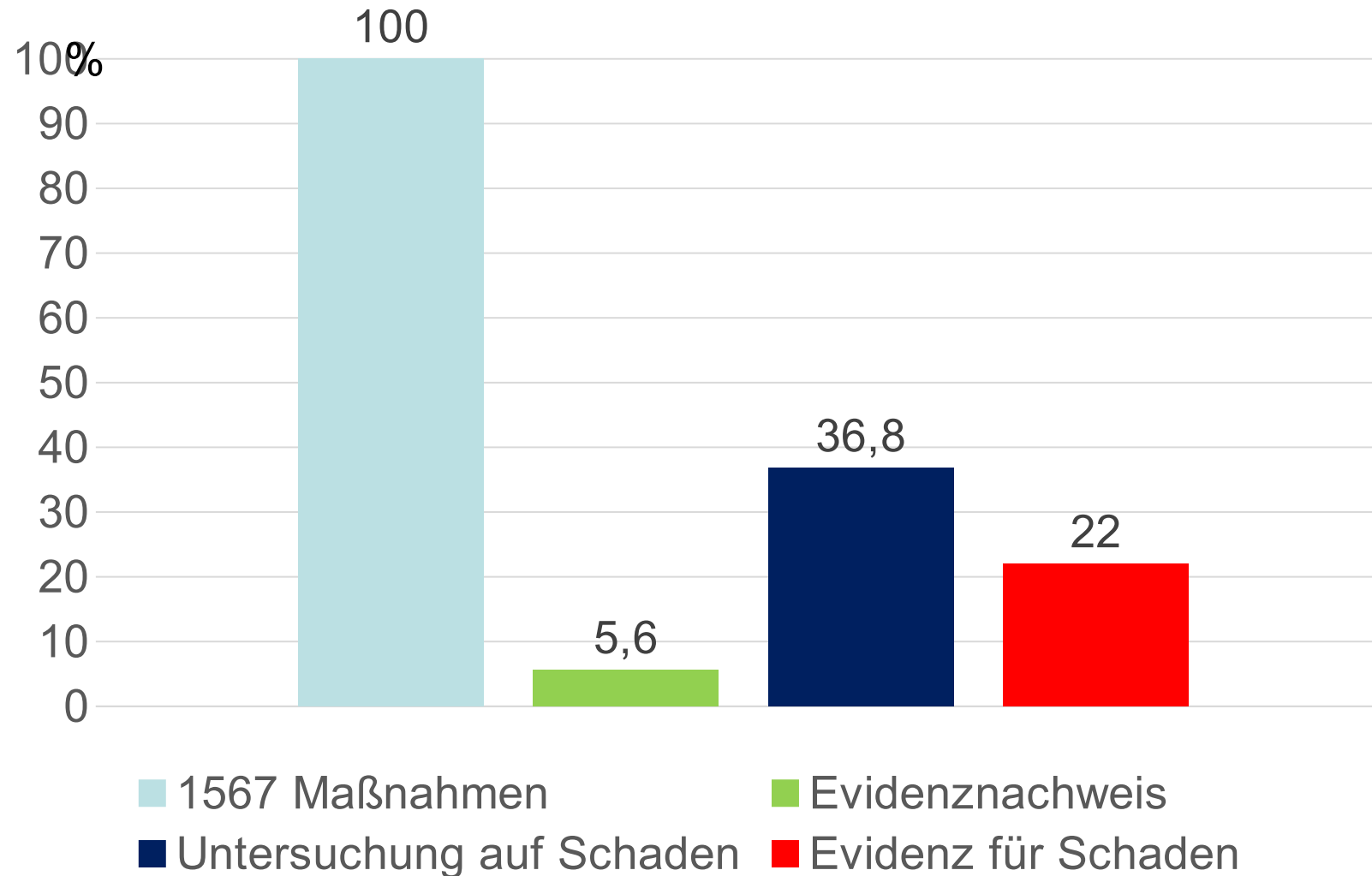
Der Einfluss verschiedener Determinanten auf die Gesundheit



Quelle: Synthese aus drei Metastudien
www.economiesuisse.ch



Wie evidenzbasiert sind medizinische Maßnahmen?

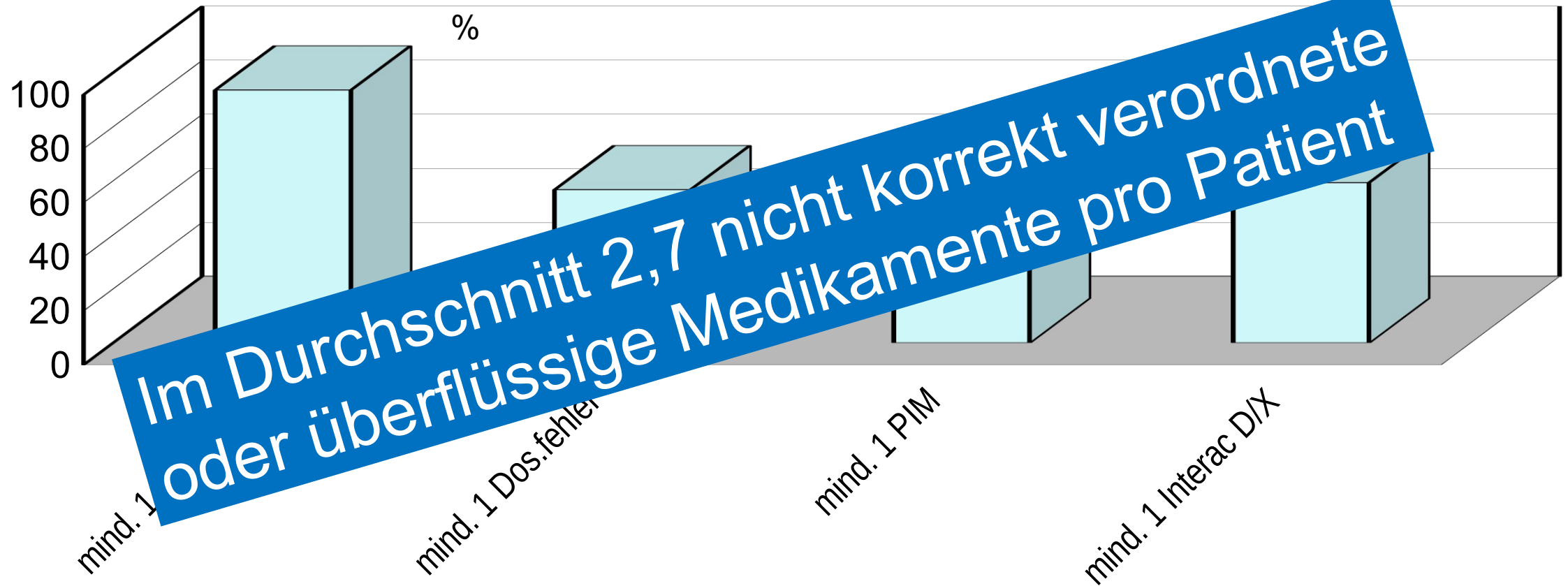


Schaden durch Medikamente



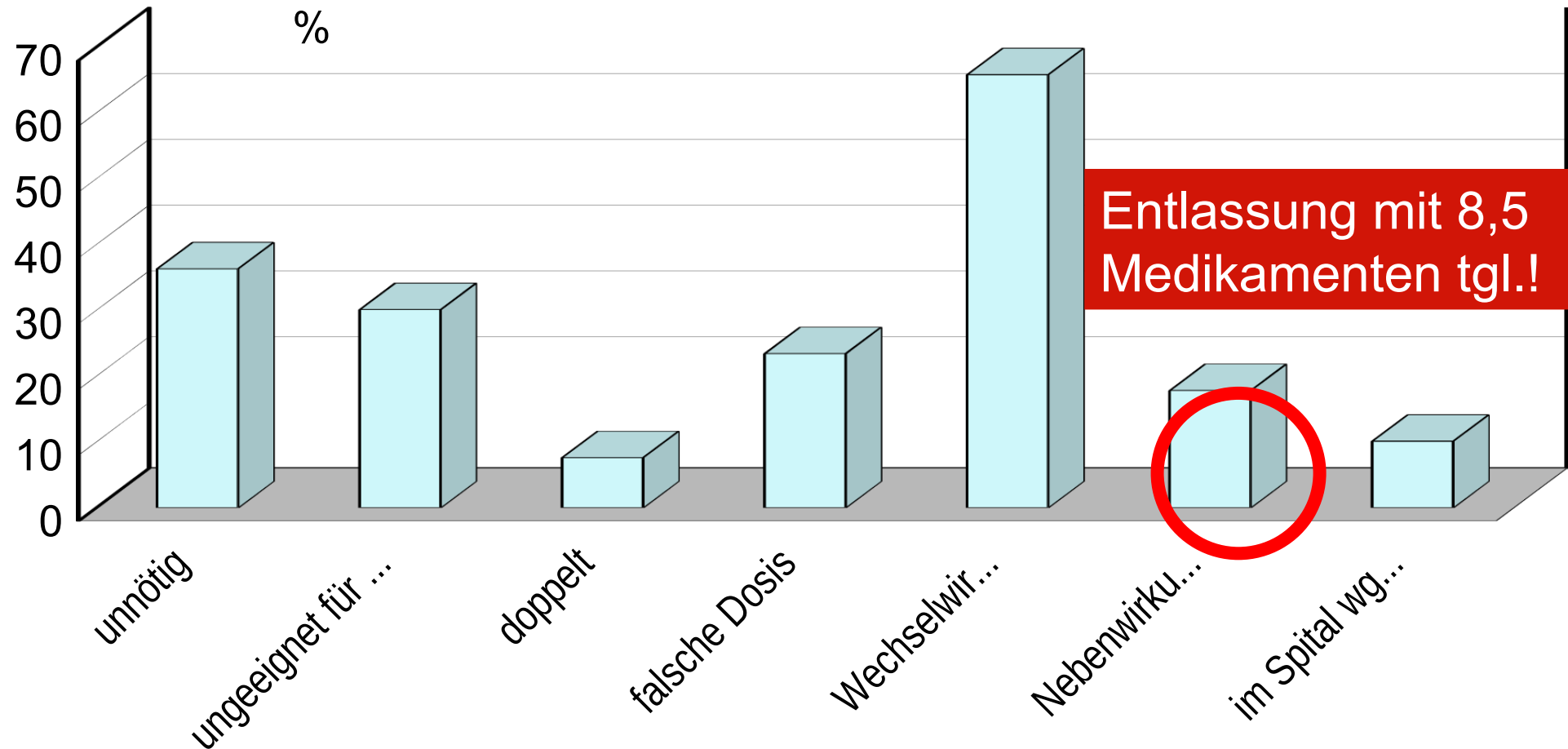
Medikationsfehler bei Patienten mit Polypharmazie

169 Patienten mit Polypharmazie (9,1 Med.) in 22
Allgemeinpraxen



Medikamentenbedingte Krankenhausaufnahmen

543 PatientInnen >70 J. der internistischen Notaufnahme nehmen 7,5 Medikamente tgl.



Krankenhausaufnahmen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler

25 Mio akute Krankenhausaufnahmen pro Jahr



In Deutschland sterben jedes Jahr geschätzt
16.000-58.000 Menschen an den Folgen von
Arzneimitteln

71,7% dieser Aufnahmen
sind vermeidbar²

Grobe Kostenschätzung:
5 Milliarden €/Jahr



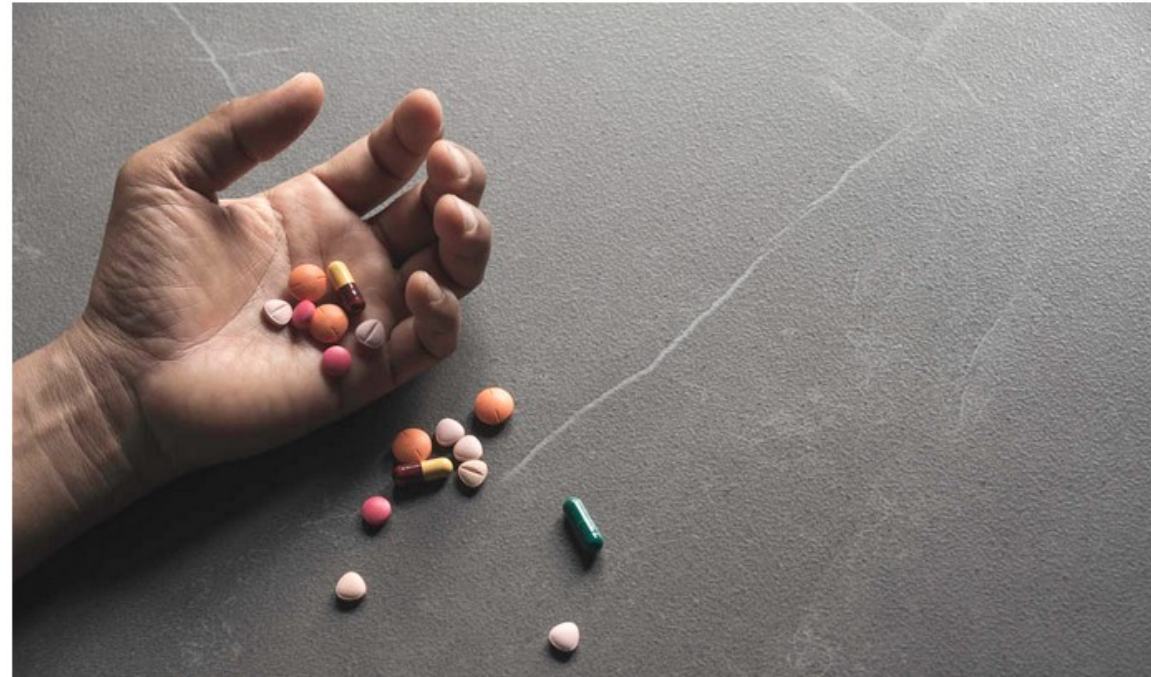
Prescription Drugs Are the Leading Cause of Death

And psychiatric drugs are the third leading cause of death

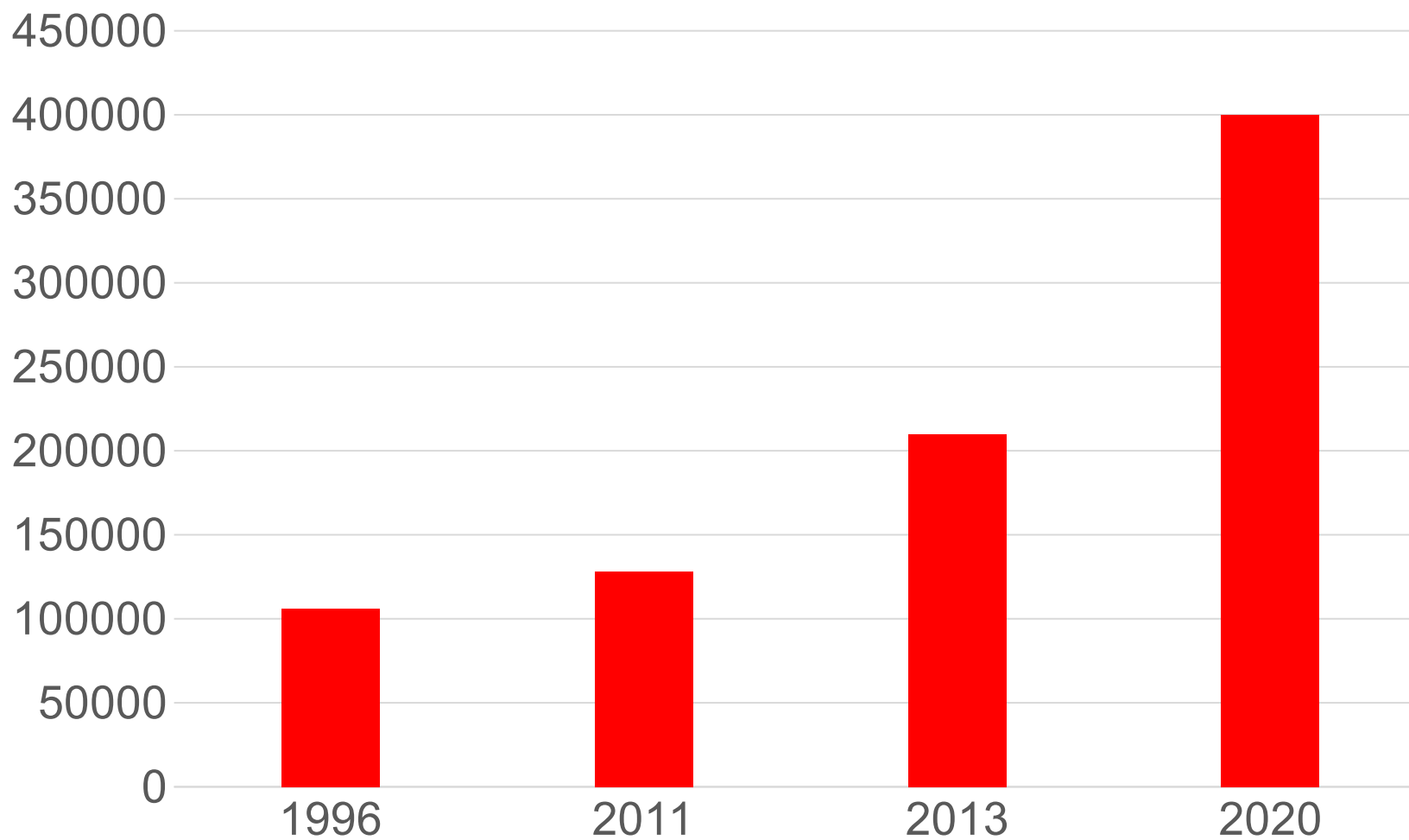
By **Peter C. Gøtzsche, MD** - April 16, 2024

19339 24

Overtreatment with drugs kills many people, and the death rate is increasing. It is therefore strange that we have allowed this long-lasting drug pandemic to continue, and even more so because most of the drug deaths are easily preventable.



Arzneimitteltote in den USA



1 Das Erste

Startseite Sendungen

PANORAMA

Start Sendungsarchiv

**ZUHAUSE,
PASSENDES
ANTA FAMILY
BOT!**

entdecken

SCREENTIME-CHECK!

Womit verbringst du die meiste Zeit?

Wähle eine Antwort aus:

Social Media →

Gaming →

Video- und Musik-Streaming →

Tödliche Nebenwirkungen

Startseite > Verbraucher

Tausende Todesfälle wegen Medikament: „Du fühlst dich wirklich, als würdest du sterben“

15.03.2024, 05:03 Uhr



viele
el oder

hema

Warum wird die Medikamenten-Pandemie
nicht mit gleicher Vehemenz bekämpft wie
COVID?



Fazit

Bei Medikamenten ist grundsätzlich Misstrauen angebracht, vor allem bei neuen Arzneimitteln und sogenannten „präventiven“ Mitteln (z.B. Impfungen, Cholesterinsenker, Blutdrucksenker)

Wie die Pharmaindustrie uns hinters Licht führt



Fehlerhafte Studienergebnisse als Basis für die Vermarktung von Medikamenten

Essay

Why Most Published Research Findings Are False

John P. A. Ioannidis

Summary

There is increasing concern that most current published research findings are false. The probability that a research claim is true may depend on study power and bias, the number of other studies on the same question, and, importantly, the ratio of true to no relationships among the relationships probed in each scientific field. In this framework, a research finding is less likely to be true when the studies conducted in a field are smaller; when effect sizes are smaller; when there is a greater number and lesser preselection

factors that influence this problem and some corollaries thereof.

Modeling the Framework for False Positive Findings

Several methodologists have pointed out [9–11] that the high rate of nonreplication (lack of confirmation) of research discoveries is a consequence of the convenient, yet ill-founded strategy of claiming conclusive research findings solely on the basis of a single study assessed by formal statistical significance, typically for a p -value less than 0.05. Research

is characteristic of the field and can vary a lot depending on whether the field targets highly likely relationships or searches for only one or a few true relationships among thousands and millions of hypotheses that may be postulated. Let us also consider, for computational simplicity, circumscribed fields where either there is only one true relationship (among many that can be hypothesized) or the power is similar to find any of the several existing true relationships. The pre-study probability of a relationship being true is $R/(R + 1)$. The probability



Beispiel Pioglitazon

- Zulassungsstudie: Nachweis der blutzuckersenkenden Wirkung
- Zulassung 2000
- 2005 Phase IV – post-marketing „ProActive“-Studie veröffentlicht



Die ProActive-Studie

Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial

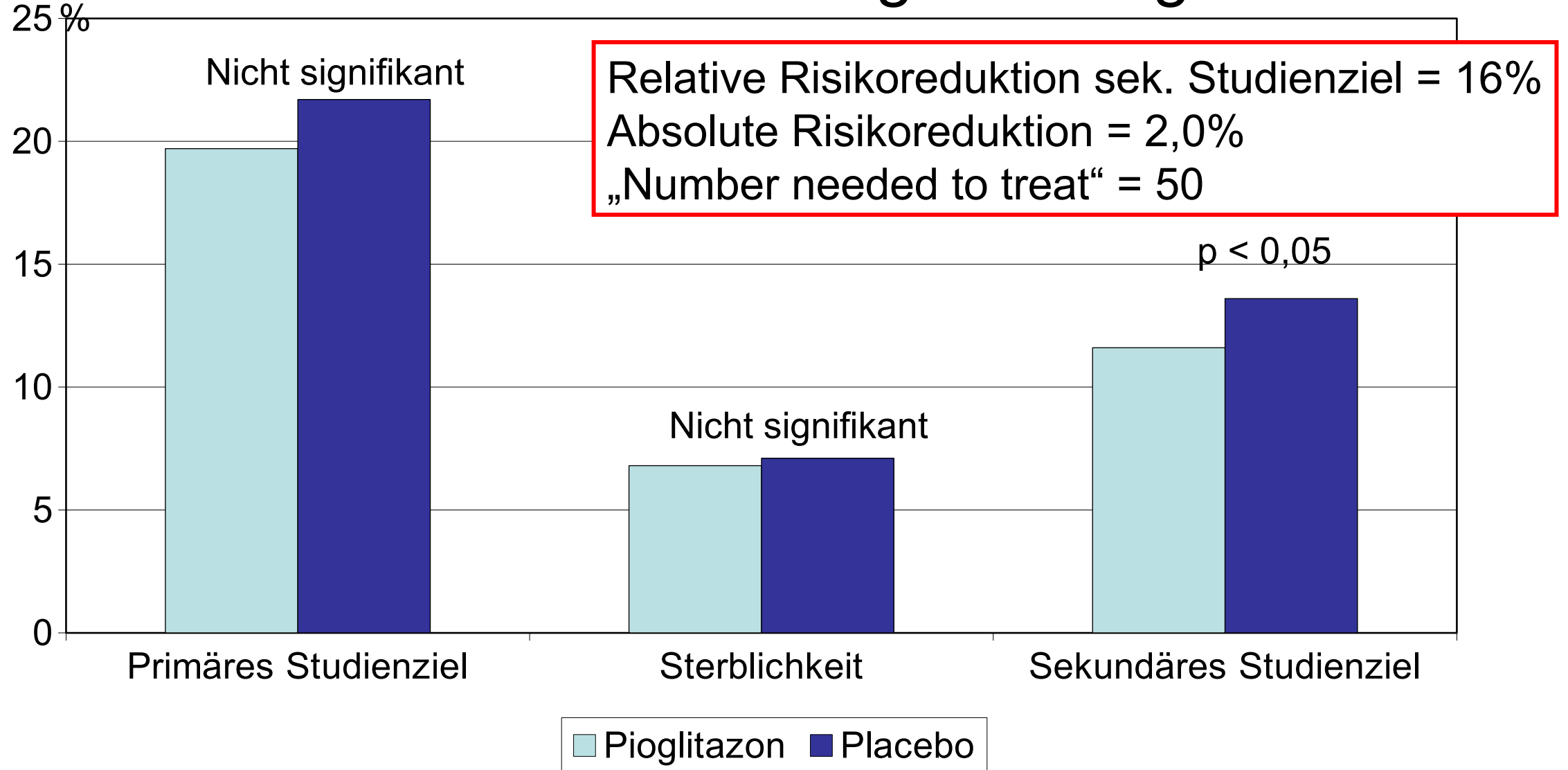
*John A Dormandy, Bernard Charbonnel, David JA Eckland, Erland Erdmann, Massimo Massi-Benedetti, Ian K Moules, Allan M Skene, Meng H Tan, Pierre J Lefèbvre, Gordon D Murray, Eberhard Standl, Robert G Wilcox, Lars Wilhelmsen, John Betteridge, Kåre Birkeland, Alain Golay, Robert J Heine, László Korányi, Markku Laakso, Marián Mokáň, Antanas Norkus, Valdis Pirags, Toomas Podar, André Scheen, Werner Scherbaum, Guntram Scherthaner, Ole Schmitz, Jan Škrha, Ulf Smith, Jan Tatoř, on behalf of the PROactive investigators**

Findings Two patients were lost to follow-up, but were included in analyses. The average time of observation was 34·5 months. 514 of 2605 patients in the pioglitazone group and 572 of 2633 patients in the placebo group had at least one event in the primary composite endpoint (HR 0·90, 95% CI 0·80–1·02, $p=0·095$). The main secondary endpoint was the composite of all-cause mortality, non-fatal myocardial infarction, and stroke. 301 patients in the pioglitazone group and 358 in the placebo group reached this endpoint (0·84, 0·72–0·98, $p=0·027$). Overall safety and tolerability was good with no change in the safety profile of pioglitazone identified. 6% (149 of 2065) and 4% (108 of 2633) of those in the pioglitazone and placebo groups, respectively, were admitted to hospital with heart failure; mortality rates from heart failure did not differ between groups.

Interpretation Pioglitazone reduces the composite of all-cause mortality, non-fatal myocardial infarction, and stroke in patients with type 2 diabetes who have a high risk of macrovascular events.

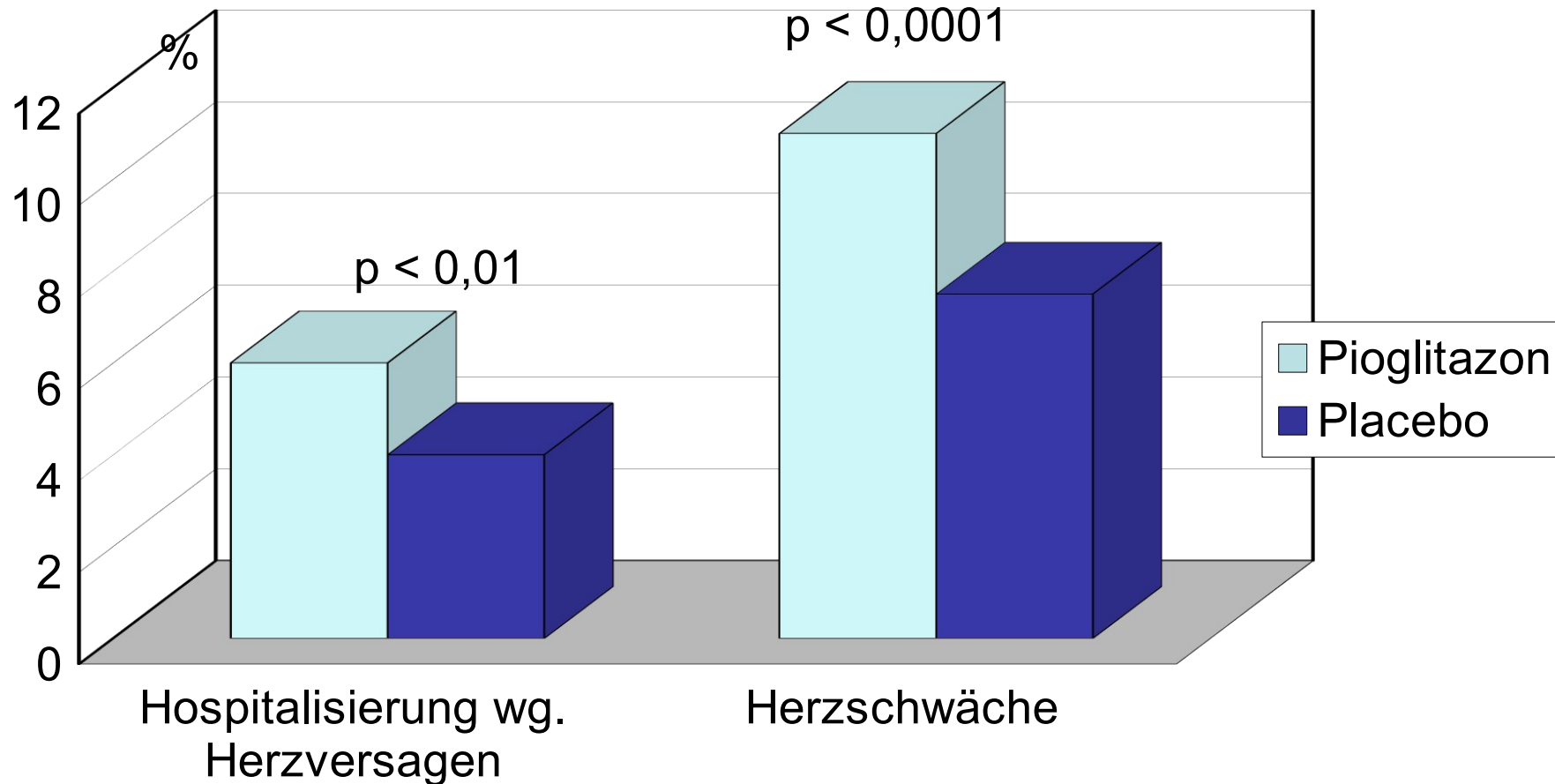


ProActive-Studie: Wirkung von Pioglitazon



ProActive-Studie: „Sicherheit“ von Pioglitazon

Relative Risikozunahme Hospitalisierung = 50%
Absolute Risikozunahme = 2,0%
„Number needed to harm“ = 50



Die ProActive-Studie

Interpretation Pioglitazone reduces the composite of all-cause mortality, non-fatal myocardial infarction, and stroke in patients with type 2 diabetes who have a high risk of macrovascular events.

Pioglitazon senkt zusammengefasst Gesamtsterblichkeit, Herzinfarkt und Schlaganfall

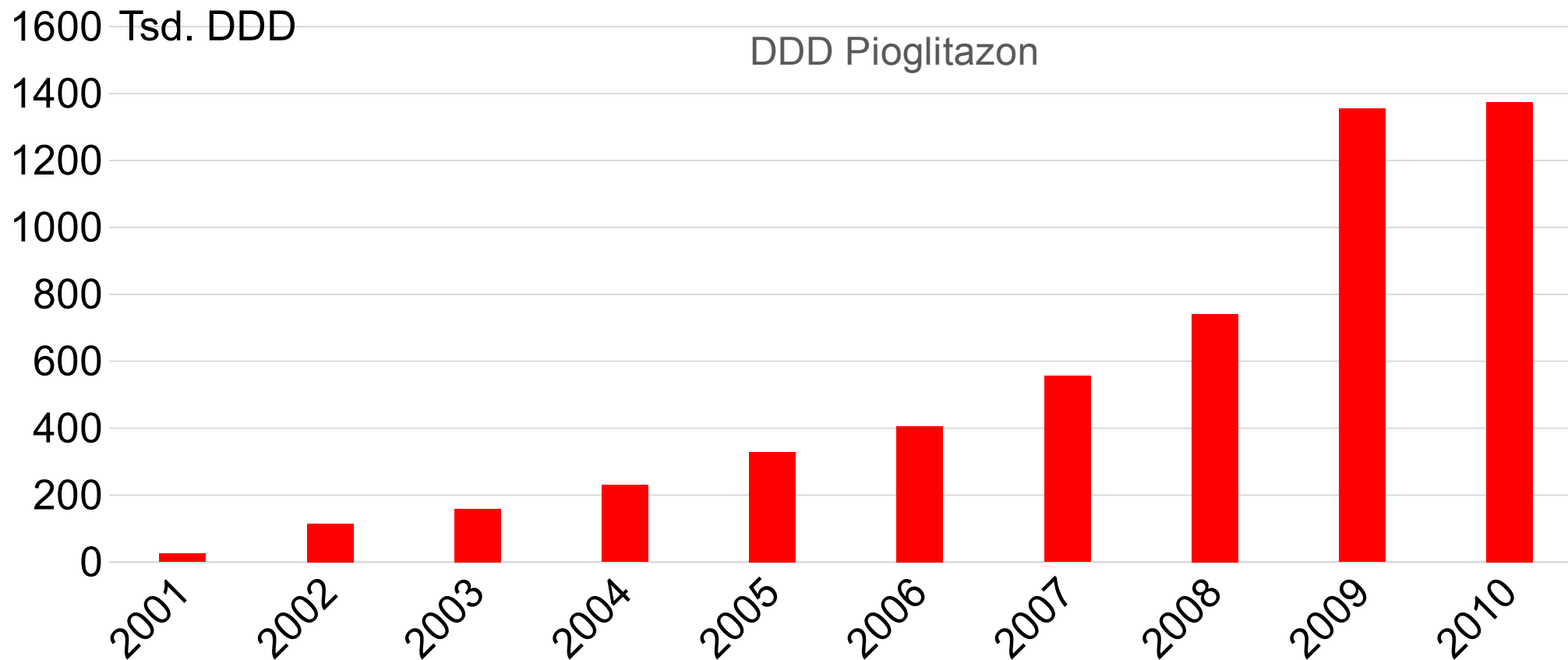
Acknowledgments

This study was funded by Takeda Pharmaceutical Company and Eli Lilly and Company, who each had one voting member on the international steering committee and its executive committee.

Diese Studie wurde finanziert durch die Firmen Takeda und Eli Lilly, die beide ein stimmberechtigtes Mitglied für das Internationale Steuerungskomitee und das Exekutivkomitee der Studie stellten.



Steigerung der Verordnungszahlen für Pioglitazon von 2001-2010



Beispiel Saxagliptin

- Zulassungsstudie: Nachweis der blutzuckersenkenden Wirkung
- Zulassung 2009
- Zulassung 2013 Phase IV – post-marketing „SAVOR-TIMI“-Studie veröffentlicht



Nützt Saxagliptin dem Patienten?

RESULTS

A primary end-point* event occurred in 613 patients in the saxagliptin group and in 609 patients in the placebo group (7.3% and 7.2%, respectively, according to 2-year Kaplan–Meier estimates; hazard ratio with saxagliptin, 1.00; 95% confidence interval [CI], 0.89 to 1.12; $P=0.99$ for superiority; $P<0.001$ for noninferiority); the results

* composite of cardiovascular death, myocardial infarction, or ischemic stroke

Relative Risikoreduktion = -1,4%

Absolute Risikoreduktion = -0,1%

→ kein Nutznachweis im Hinblick auf klinisch relevante Endpunkte

Schadet Saxagliptin dem Patienten?

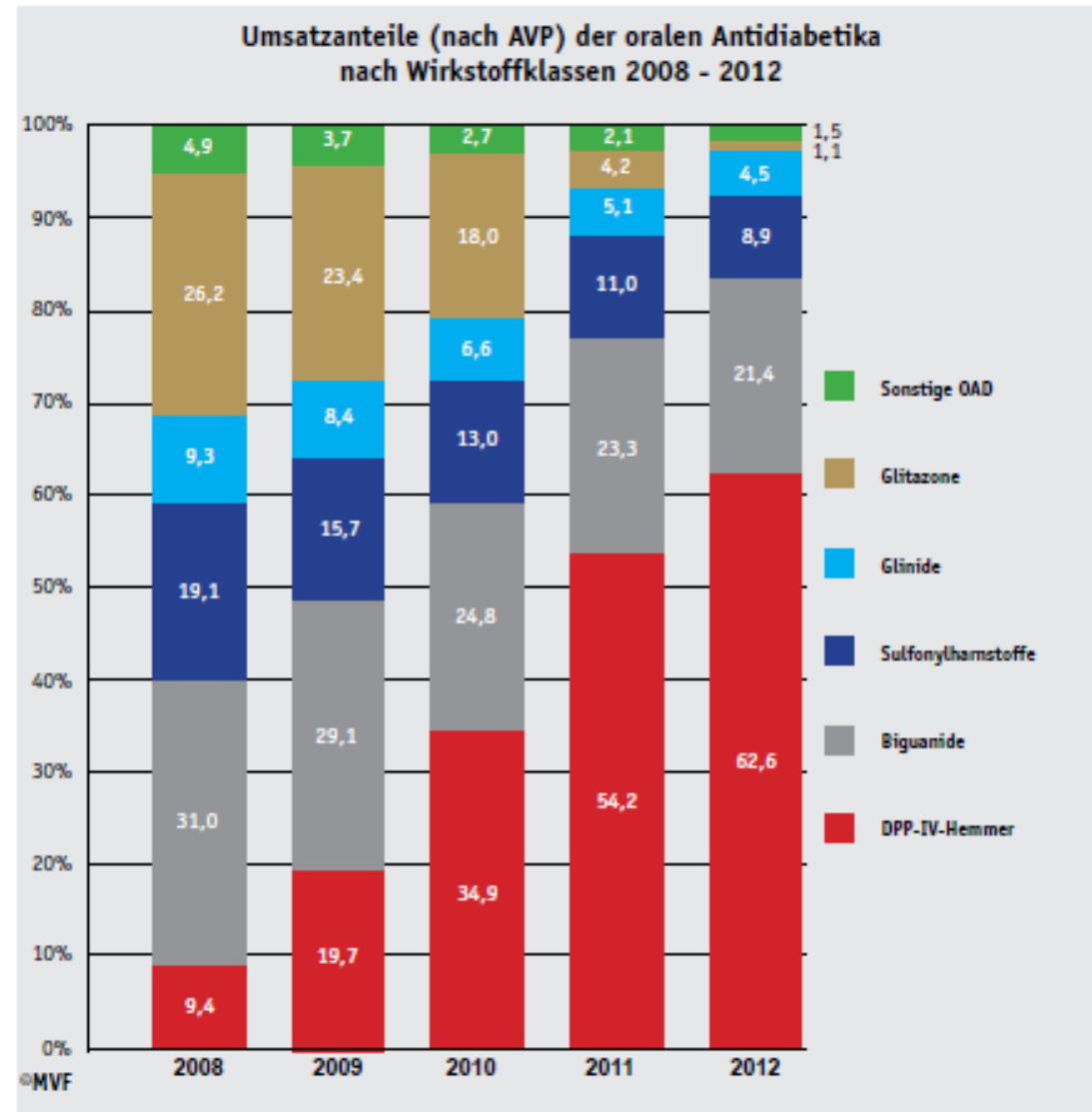
More patients in the saxagliptin group than in the placebo group were hospitalized for heart failure (3.5% vs. 2.8%; hazard ratio, 1.27; 95% CI, 1.07 to 1.51; P=0.007).

Relative Risikozunahme = 27%

Absolute Risikozunahme = 0,7%

„Number needed to harm“ = 143

Niedergang der Glitazone und Höhenflug der Gliptine



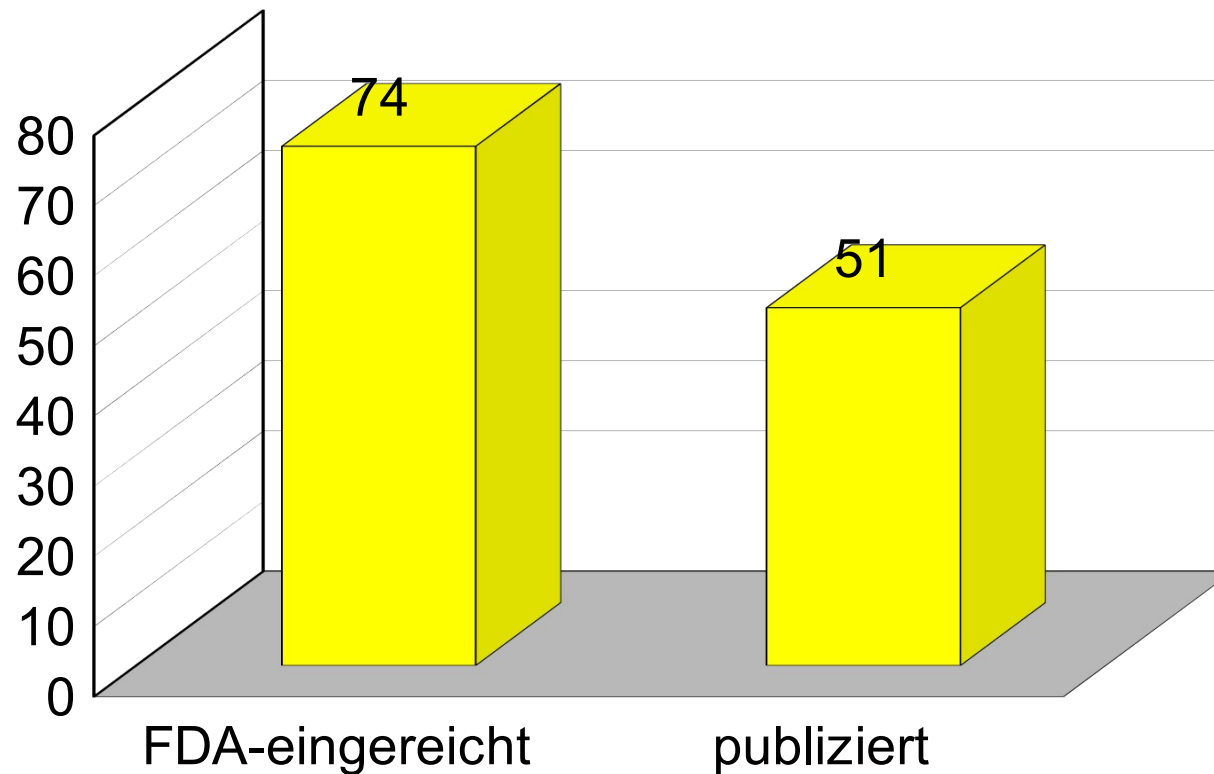
Beispiel Antidepressiva

Systematische Überschätzung von Therapieeffekten



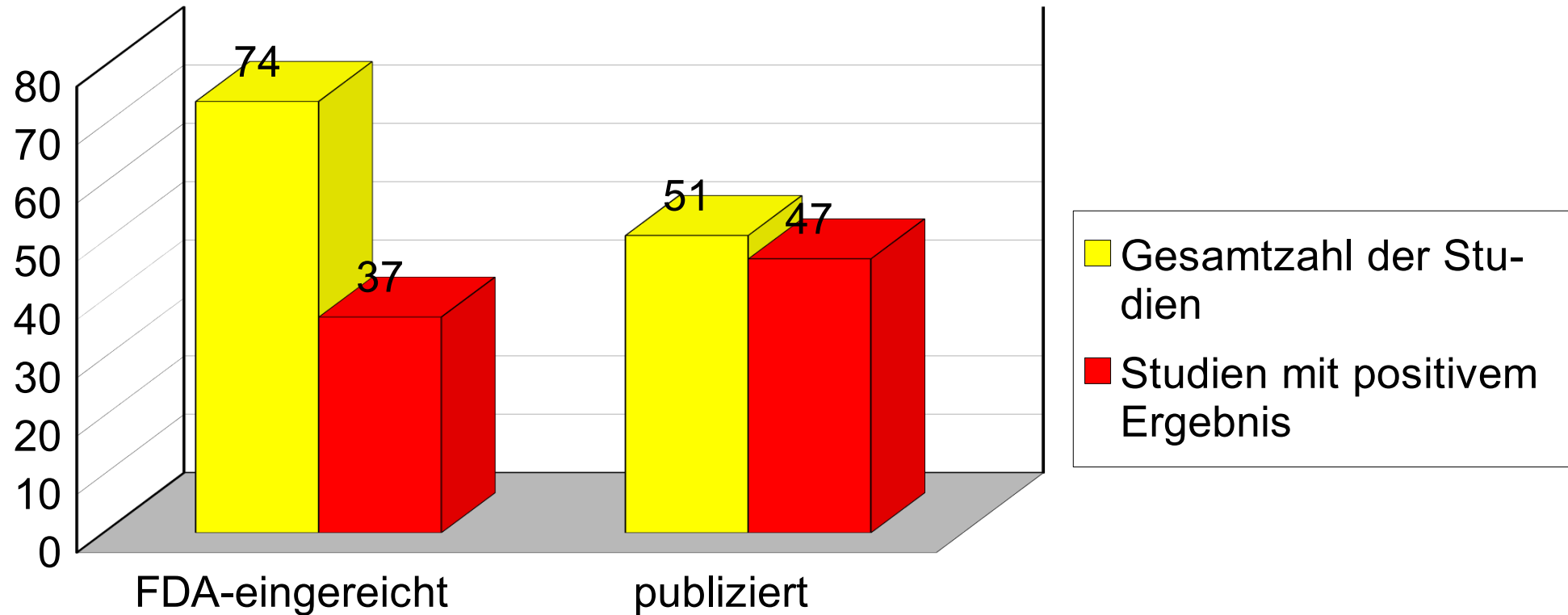
Selektive Veröffentlichung von Studien

Zulassungsstudien für verschiedene Antidepressiva (v.a. SSRI)



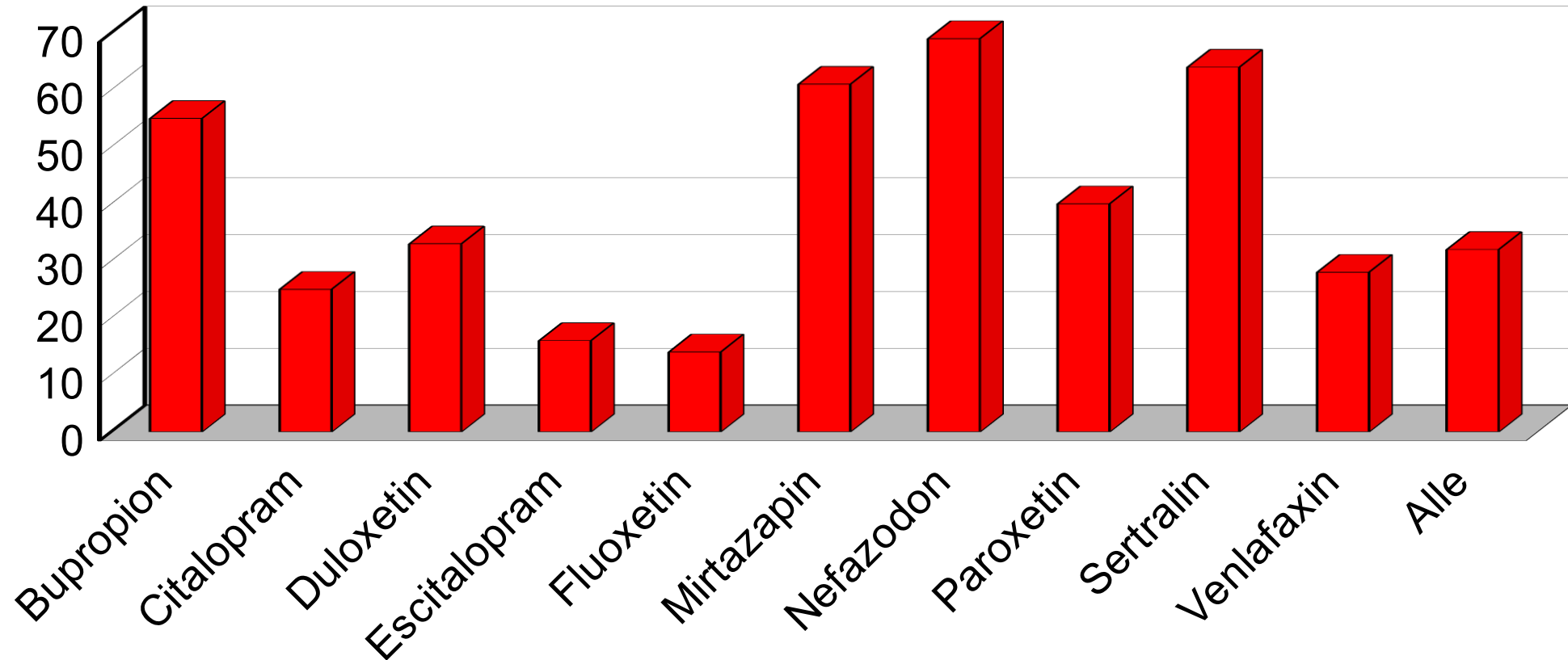
Selektive Veröffentlichung von Studien

Zulassungsstudien für verschiedene Antidepressiva



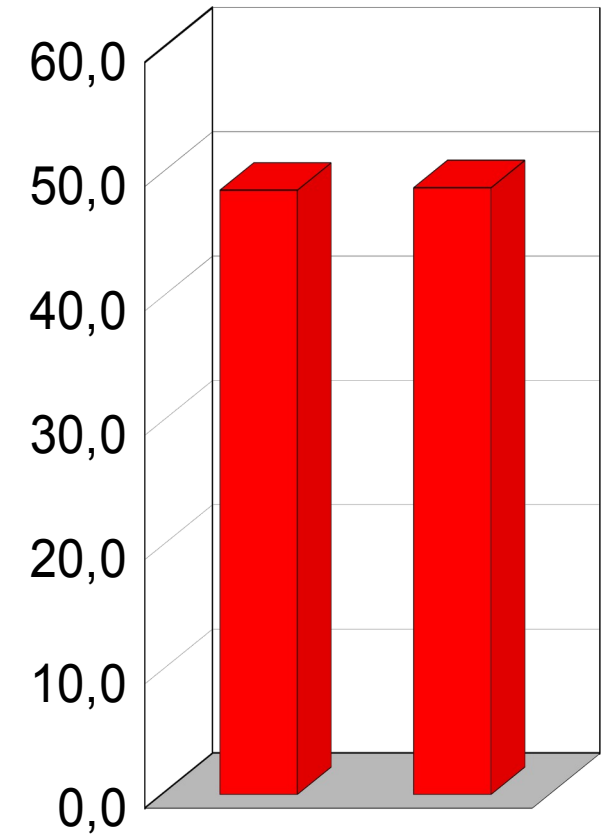
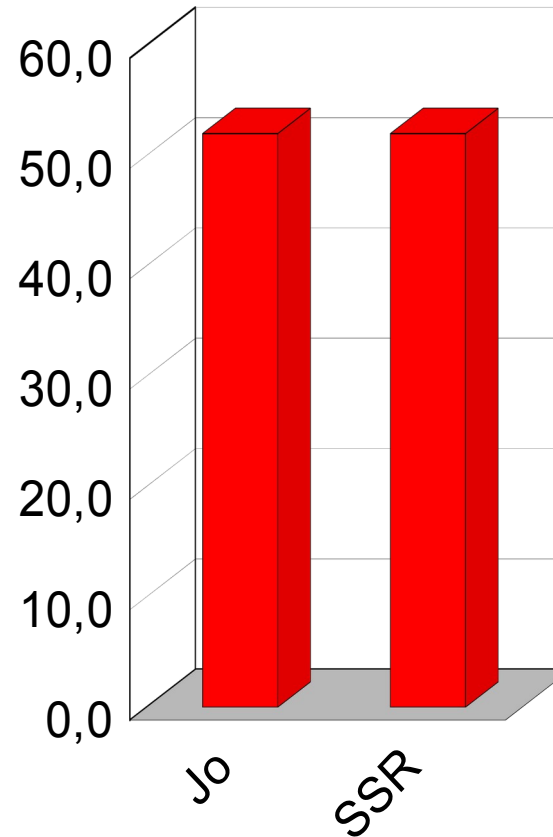
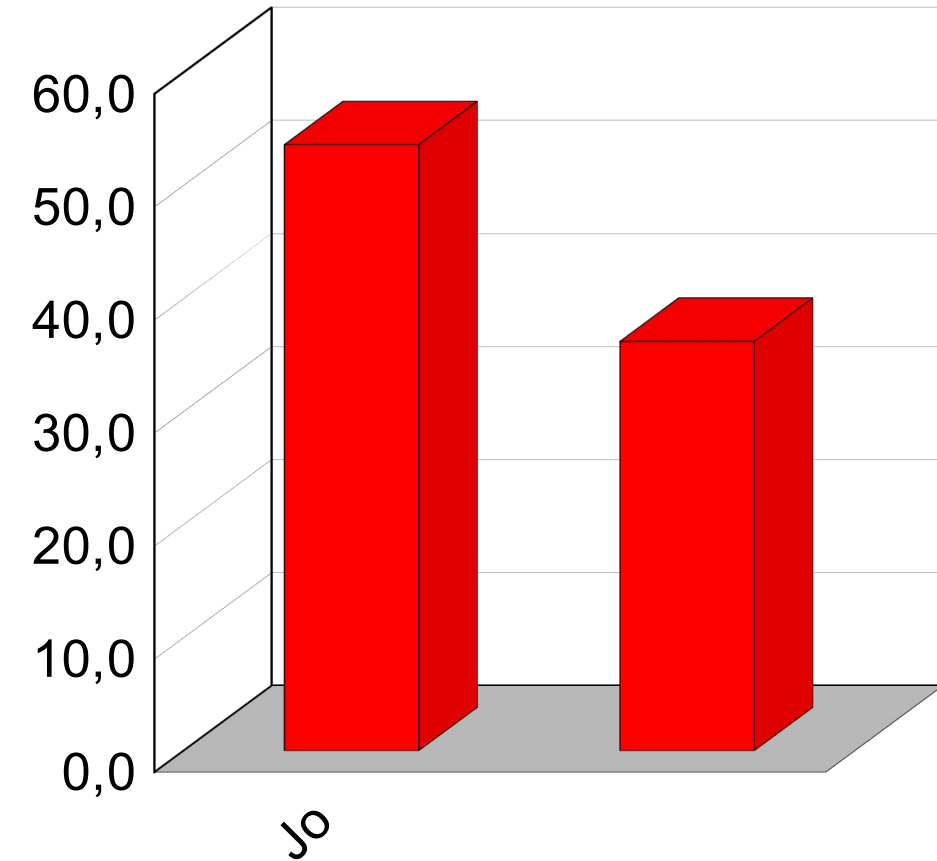
Überschätzung des Effekts in Publikationen gegenüber FDA-Daten

Überschätzung des Effekts in %



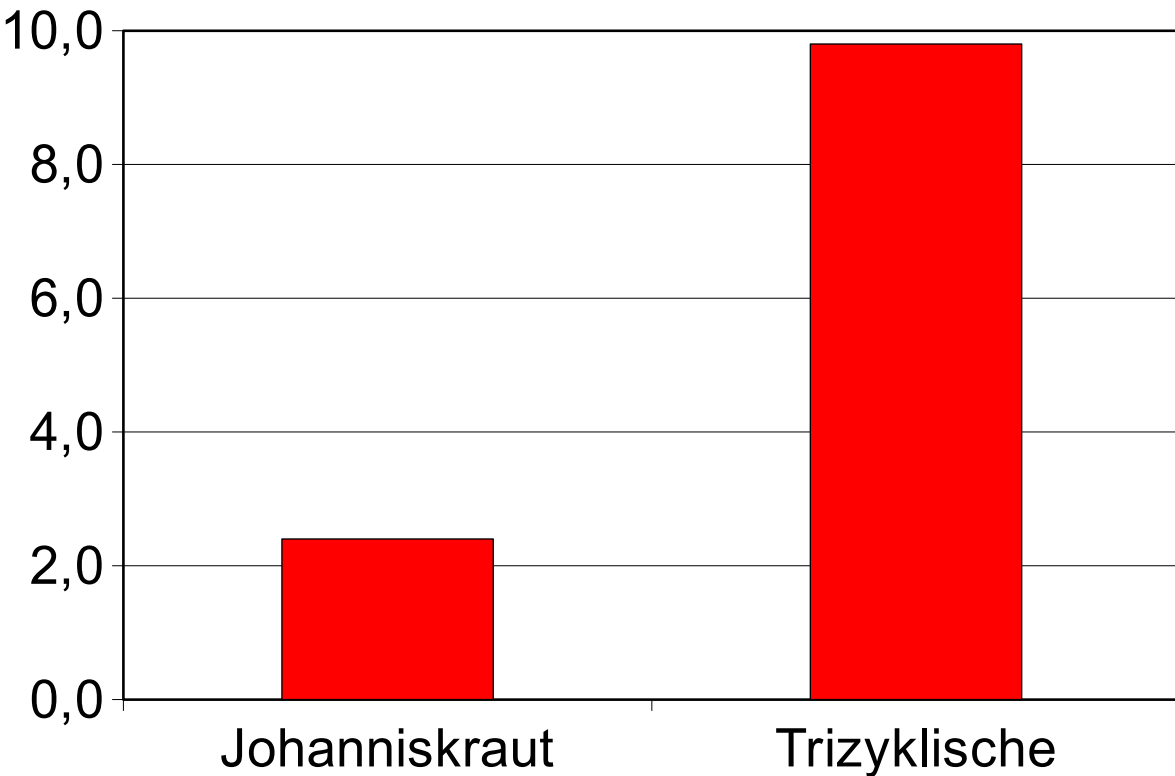
„Chemie“ ist nicht besser als Johanniskraut

Responder-Rate bei Major-Depression in %

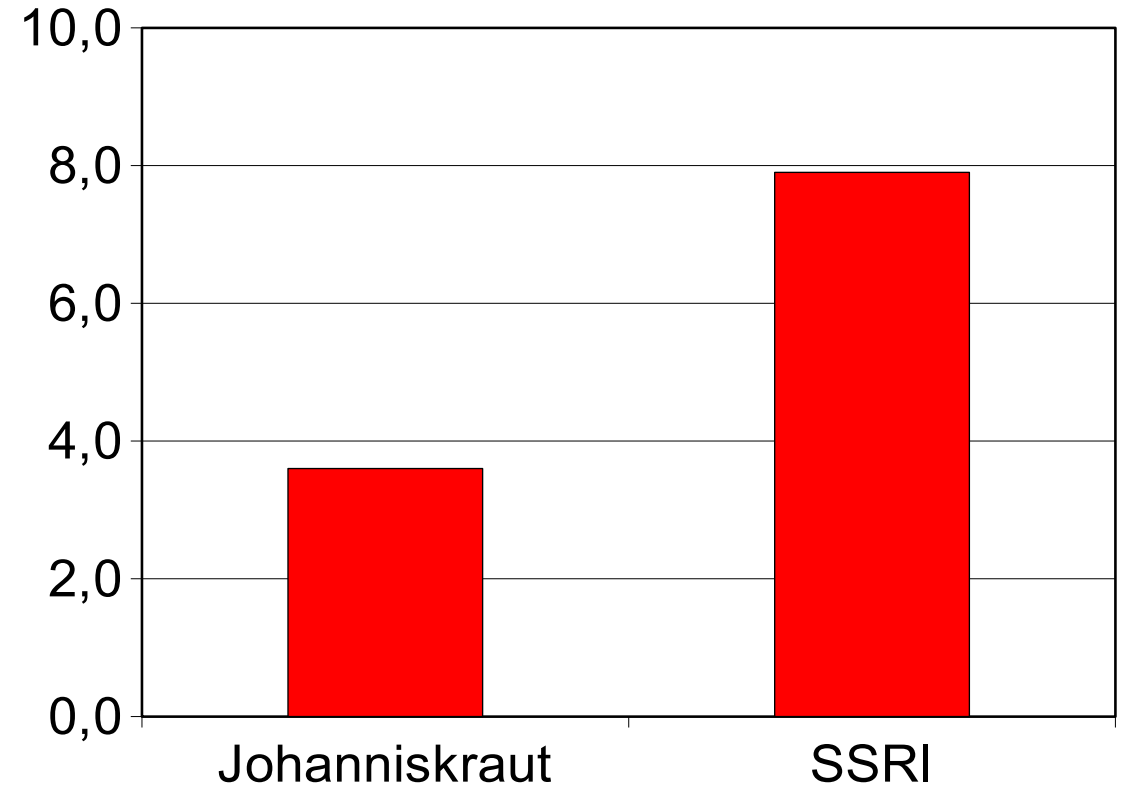


Mehr Nebenwirkungen durch „Chemie“

Therapieabbruch wegen Nebenwirkungen in %



Metaanalyse aus 5 RCTs



Metaanalyse aus 11 RCTs

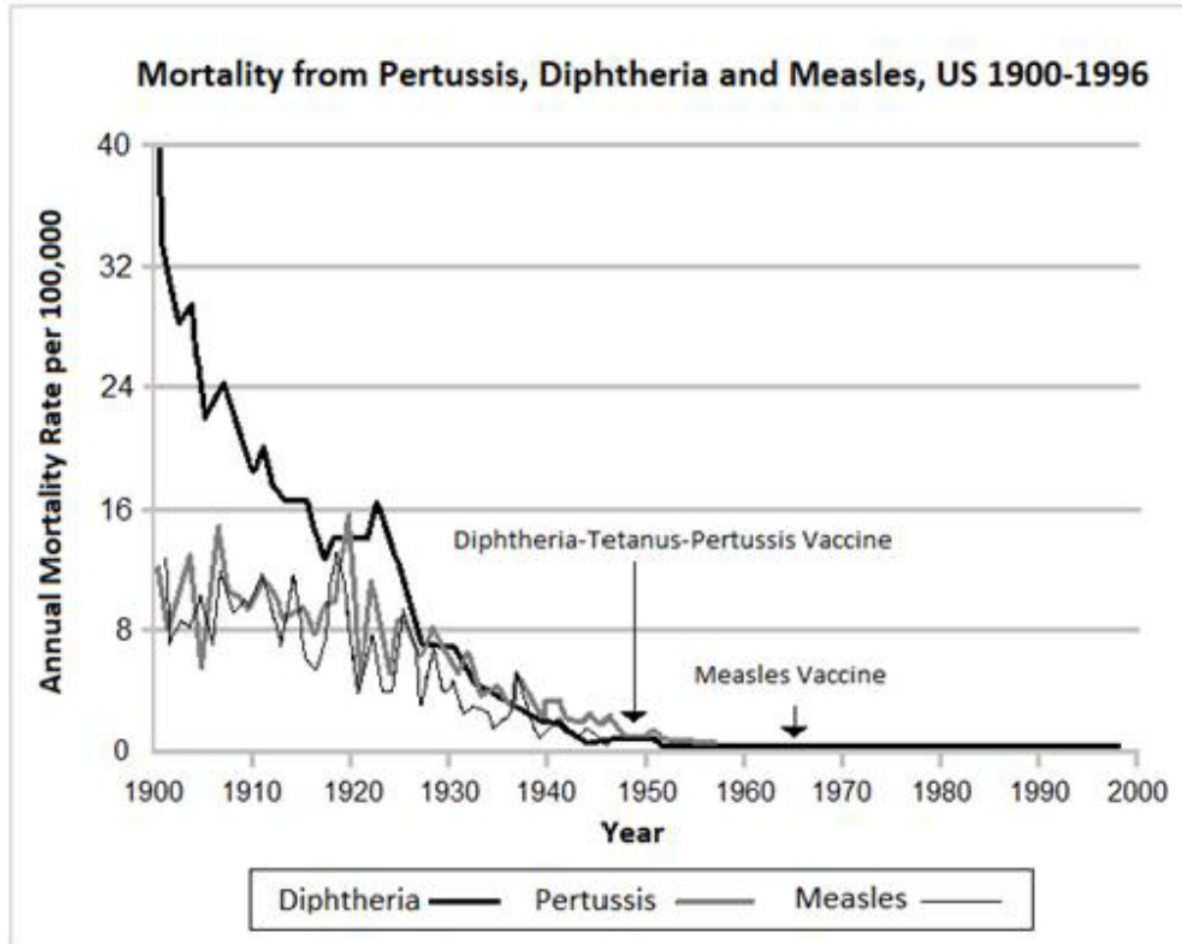
Beispiel Masernimpfung

Negative Nutzen-Schaden-Bilanz



Verhindert die Masern-Impfung Todesfälle?

Möglich, aber nicht durch Studien bewiesen und hinsichtlich der Anzahl auf Bevölkerungsebene irrelevant



Die krankheitsspezifische Mortalität von Masern lag bereits vor Einführung der Impfung unter 1/100.000/Jahr

Todesfallzahlen im Vergleich

	Todesfälle pro 100.000 Einwohner und Jahr
Masern (vor! Einführung der Impfung)	<1
Rauchen	153
Unfälle insgesamt	41
Straßenverkehr	3,4



Schadet die Masern-Impfung?

Meldungen an das Paul-Ehrlich-Institut 2001-2012

- 1696 Verdachtsmeldungen mit 5297 Impfreaktionen
- 1301 Verdachtsmeldungen schwerer Nebenwirkungen
- 5,7 Meldungen pro 100.000 Impfdosen
- Bei 3,4% der Geimpften bleibender Schaden
- Bei 0,9% tödlicher Ausgang (15 Todesfälle)



Schadet die Masern-Impfung?

Todesfälle

15 (0,9%) Meldungen (2 Frauen im Alter von 21 und 29 Jahren und 13 Kinder) wurde ein tödlicher Ausgang berichtet. In keinem der Fälle wurde vom PEI ein „gesicherter“, „wahrscheinlicher“ oder „möglicher“ Zusammenhang zwischen Tod und Impfung gesehen.

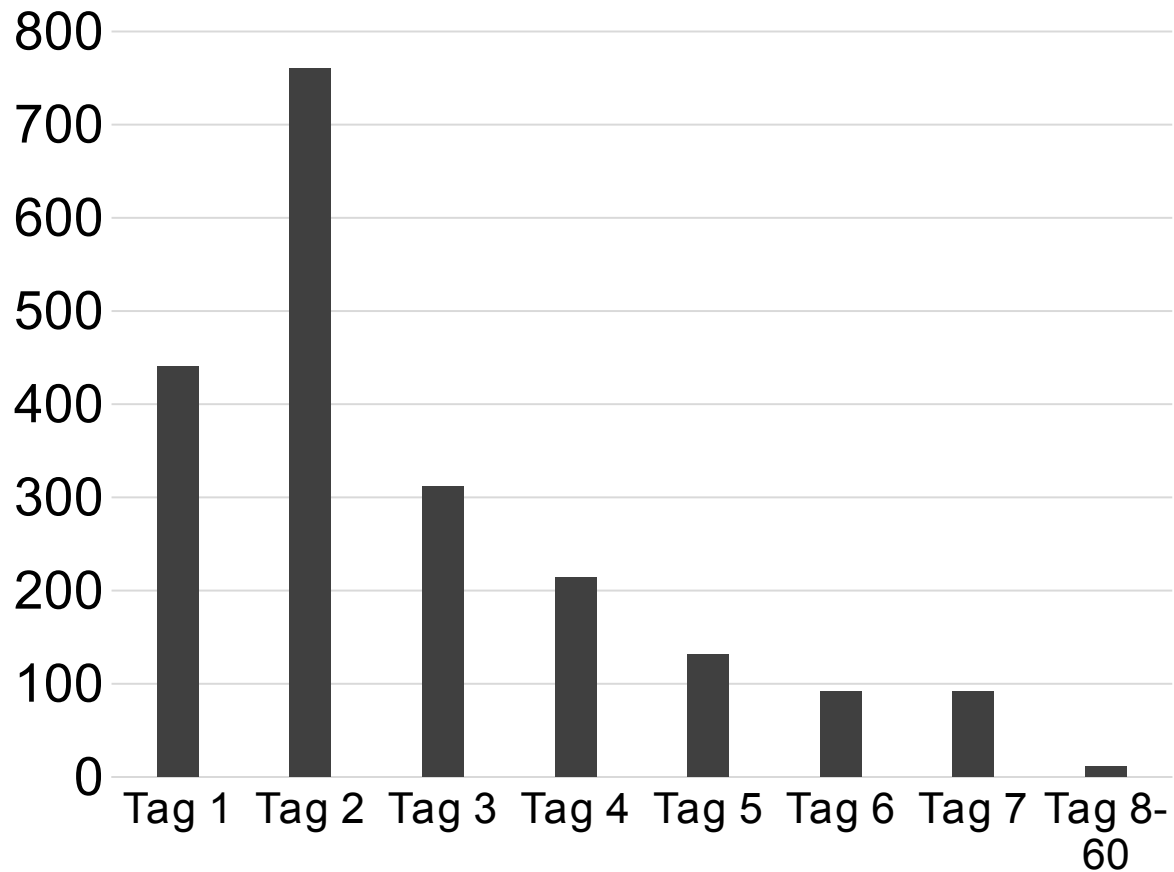
21 Jahre alten Frau und einem 27 Monate alten Kleinkind konnte trotz umfangreicher histologischer, toxikologischer und molekularbiologischer Untersuchungen keine Todesursache festgestellt werden. Der Abstand zwischen der MMR-Impfung und dem Tod betrug in einem Fall weniger als 24 h, im anderen Fall 9 Tage.



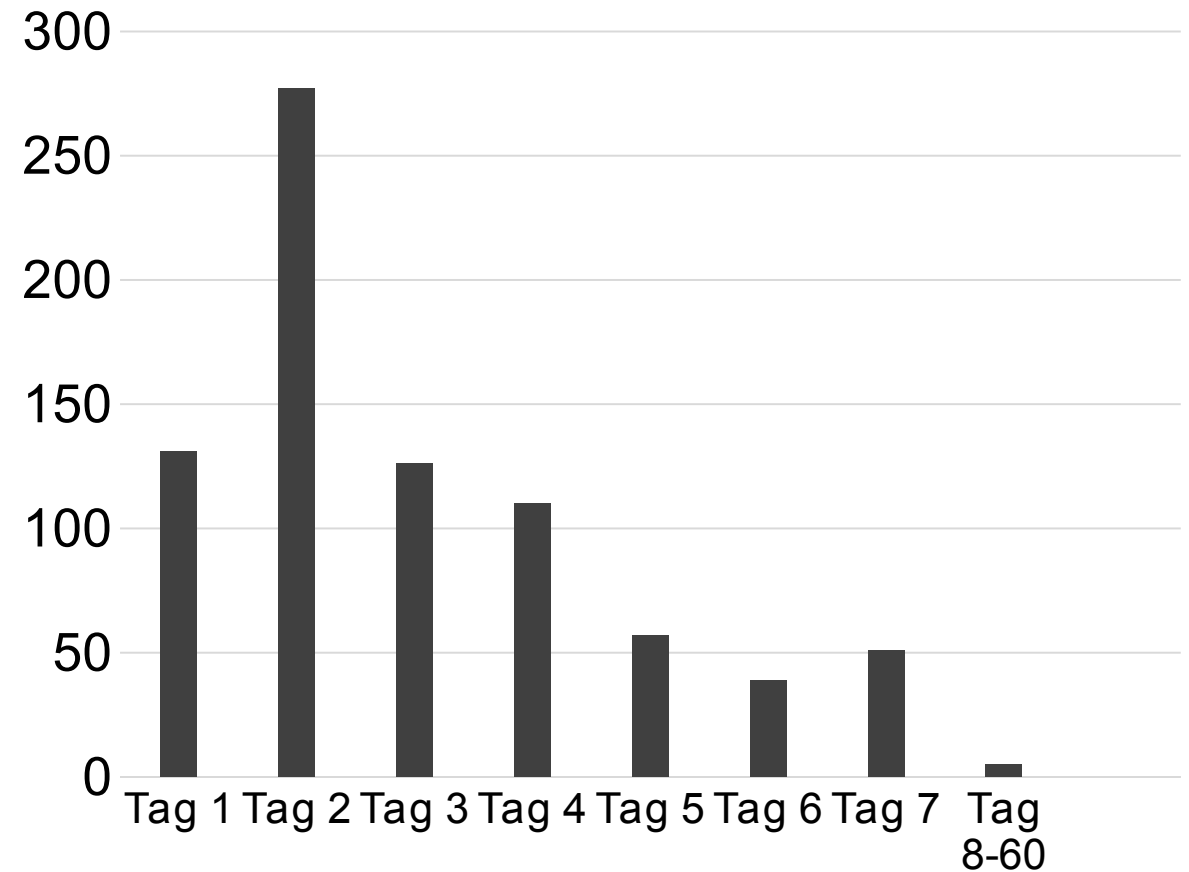
Gesamtmortalität und Plötzlicher Kindstod nach Impfung

VAERS-Datenbank 1990-2019

Todesfälle gesamt



Plötzlicher Kindstod



Nutzen-Risiko-Verhältnis der Masern-Impfung

Aus Sicht des Individuums

- Das Risiko, an Masern zu erkranken, beträgt derzeit 0,0007%
- Das Risiko, eine Masernkomplikation zu erleiden, beträgt bei 700.000 pro Geburtsjahre
- Das Risiko, an Masern zu versterben, beträgt bei 100.000 pro Jahr
- Das Risiko, eine schwere Impfnebenwirkung zu erleiden, beträgt bei 700.000 pro Geburtsjahre 0,007% - es ist 100 mal so hoch wie das Risiko an Masern zu erkranken
- Das Risiko, zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung zu versterben, beträgt 0,18% - es ist 250 mal so hoch wie das Risiko an Masern zu versterben

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis ist für das individuelle Kind unter Berücksichtigung der derzeitigen epidemiologischen Lage eindeutig negativ

Beispiel mRNA-“Impfung“ Comirnaty von Pfizer

- Schwere methodische Fehler in der Zulassungsstudie
- Bedingte Zulassung Dezember 2020
- Schwere methodische Fehler in allen Post-Marketing-Studien



Die BNT162b2 (Pfizer/BioNtech) Zulassungsstudie

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

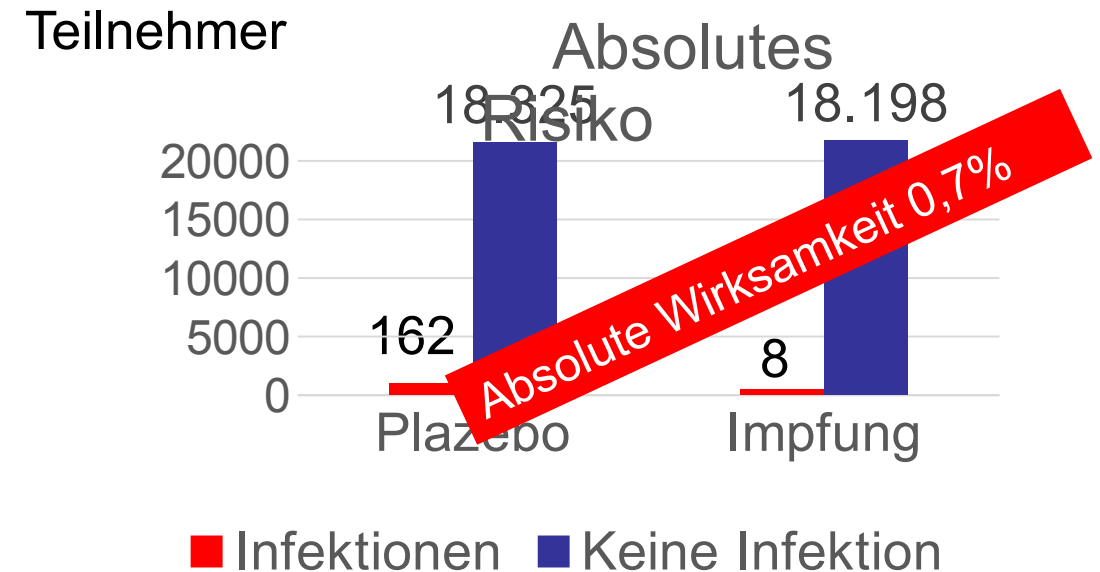
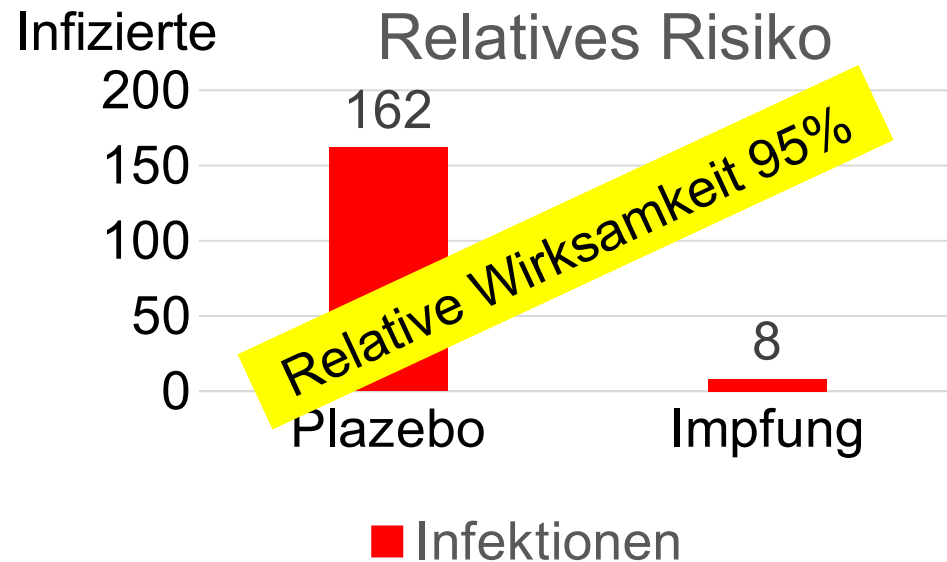
Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine

Fernando P. Polack, M.D., Stephen J. Thomas, M.D., Nicholas Kitchin, M.D.,
Judith Absalon, M.D., Alejandra Gurtman, M.D., Stephen Lockhart, D.M.,
John L. Perez, M.D., Gonzalo Pérez Marc, M.D., Edson D. Moreira, M.D.,
Cristiano Zerbini, M.D., Ruth Bailey, B.Sc., Kena A. Swanson, Ph.D.,
Satrajit Roychoudhury, Ph.D., Kenneth Koury, Ph.D., Ping Li, Ph.D.,
Warren V. Kalina, Ph.D., David Cooper, Ph.D., Robert W. Frenck, Jr., M.D.,
Laura L. Hammitt, M.D., Özlem Türeci, M.D., Haylene Nell, M.D., Axel Schaefer, M.D.,
Serhat Ünal, M.D., Dina B. Tresnan, D.V.M., Ph.D., Susan Mather, M.D.,
Philip R. Dormitzer, M.D., Ph.D., Uğur Şahin, M.D., Kathrin U. Jansen, Ph.D.,
and William C. Gruber, M.D., for the C4591001 Clinical Trial Group*

Impfeffektivität von Comirnaty: falscher Endpunkt

Table 2. Vaccine Efficacy against Covid-19 at Least 7 days after the Second Dose.*

Efficacy End Point	BNT162b2		Placebo		Vaccine Efficacy, % (95% Credible Interval)‡	Posterior Probability (Vaccine Efficacy >30%)§
	No. of Cases	Surveillance Time (n)†	No. of Cases	Surveillance Time (n)†		
		(N=18,198)		(N=18,325)		
Covid-19 occurrence at least 7 days after the second dose in participants without evidence of infection	8	2.214 (1,7411)	162	2.222 (17,511)	95.0 (90.3–97.6)	>0.9999



Impfeffektivität von Comirnaty: unvollständige Erfassung der Endpunkte

	BNT162b2 n=20566	Placebo n=20536	Relatives Risiko	Impfeffektivität
Klinischer Verdacht auf COVID-19	1594	1816	0,88 (0,83-0,94)	12%
Innerhalb von 7 Tagen nach der Impfung	409	287	1,44 (1,24-1,67)	Risiko durch Impfung um 44% erhöht!
Tod innerhalb von 6 Monaten	15	14	1,08 (0,52-2,24)	Risiko durch Impfung 8% höher

Interessenkonflikte

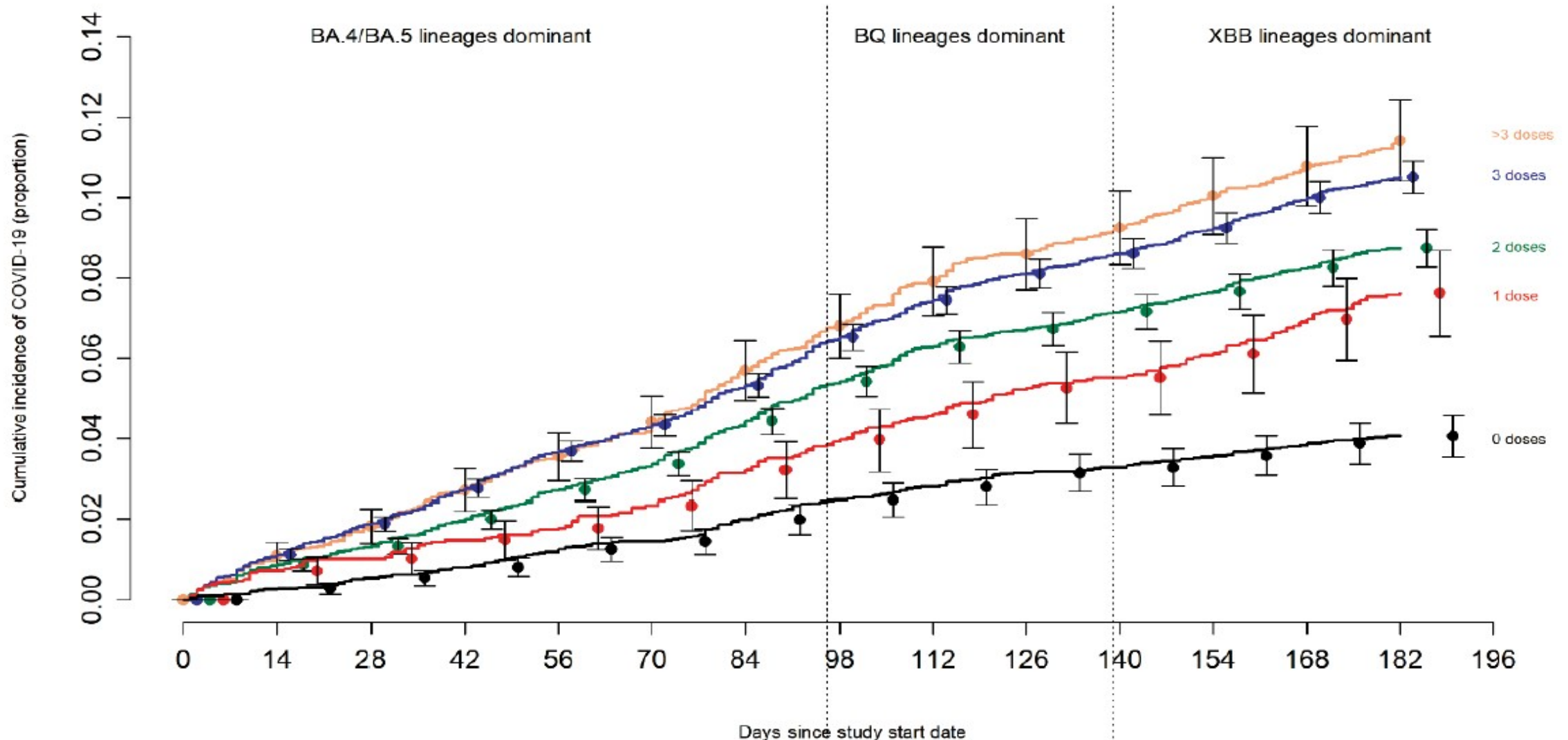
Supported by BioNTech and Pfizer.

Disclosure forms provided by the authors are available with the full text of this article at NEJM.org.

Pfizer was responsible for the design and conduct of the trial, data collection, data analysis, data interpretation, and the writing of the manuscript. BioNTech was the sponsor of the trial, manufactured the BNT162b2 clinical trial material, and contributed to the interpretation of the data and the writing of the manuscript. All the trial data were available to all the authors, who vouch for its accuracy and completeness and for adherence of the trial to the protocol, which is available with the full text of this article at NEJM.org. An independent data and safety monitoring board reviewed efficacy and unblinded safety data.



Je öfter geimpft, desto häufiger erkrankt



Nebenwirkungen der Impfungen

183 Mio Impfungen durchgeführt (Stand 30.6.2022)
63.4 Mio Personen mindestens einmal geimpft
323684 dem PEI gemeldete Impfnebenwirkungen (AE)
55000 schwere Nebenwirkungen (SAE)
3023 Todesfälle

5.1 gemeldete Nebenwirkungen/1000 Geimpfte
0.9 gemeldete schwere Nebenwirkungen/1000 Geimpfte
0.04 gemeldete Todesfälle/1000 Geimpfte

Einer von 2500 Geimpften wird im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung versterben.

- **Die Rate schwerer Nebenwirkungen ist etwa 60mal so hoch wie bei allen anderen Impfungen.**
- **Die Todesfallrate ist etwa 20mal so hoch wie bei allen anderen Impfungen**

RKI-Aussagen zu Impfung und steriler Immunität

21.12.20	Gute Daten in Bezug auf die Beeinflussung der Transmission liegen noch nicht vor.
30.12.20	Gesonderte Empfehlung zu dem Umgang mit geimpften KP1 bei medizinischem Personal ggf. sinnvoll ... – davon ausgehend, dass die Impfung nicht vor Erregerübertragung schützt
20.01.21	Berichte von positiven Fällen im Anschluss an Impfung
01.03.21	An der Evidenz zu steriler Immunität hat sich nichts verändert
14.05.21	Wie umgehen mit Geimpften, die einen positiven SARS-CoV-2-Nachweis erhalten?
06.08.21	Schwelle zum Test sollte bei Symptomatik für Geimpfte und Ungeimpfte gleich hoch sein
13.08.21	Geimpfte, die trotz Impfung infiziert sind (Impfdurchbrüche bei ca 79%) scheiden Delta fast so aus wie Ungeimpfte
27.08.21	Ct-Werte bei Geimpften und Ungeimpften sind in etwa gleich
08.09.21	Kommunizieren, dass Geimpfte ein Risiko für Ungeimpfte darstellen können
29.10.21	Impfung wirkt nicht so gut wie erhofft gegen Infektionen und Übertragung auf andere
05.11.21	In den Medien wird von einer Pandemie der Ungeimpften gesprochen. Aus fachlicher Sicht nicht korrekt. Gesamtbevölkerung trägt bei..... Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden

Fazit

- Fehlende Impfeffektivität
- Keine sterile Immunität oder Herdenimmunität
- Schwere Nebenwirkungen bis hin zum Tod
- Die COVID-“Impfung“ ist der größte Medizinskandal aller Zeiten

Marktrücknahmen wegen Nebenwirkungen und Todesfällen (Auswahl)

Medikament	Zulassung	Indikation	Todesfälle	Marktrücknahme	Firma	Jahre am Markt
Cerivastatin	1987	Cholesterinsenker	>100	2001	Bayer	14
Rofecoxib	1999	Schmerzmittel	>1000	2004	MSD	5
Sibutramin	1999	Appetitzügler	>50	2010	Knoll/Abbott	11
Valdecoxib	2003	Schmerzmittel	unbekannt	2005	Pfizer	2
Ximelagatran	2004	Gerinnungshemmer	unbekannt	2006	AstraZeneca	2
Rimonabant	2006	Appetitzügler	≥5	2008	Sanofi-Aventis	2

Warum kann das alles passieren?

Die Pharmaindustrie hat alle Ebenen und Bereiche unserer Gesellschaft infiltriert

- Wichtiger Wirtschaftsfaktor
- Einfluss auf die Politik – Lobbyismus – national und international
- Politischer Einfluss auf internationale Organisationen (EU, UNO, WHO)
- Marketing als wesentliche Aufgabe
- Universitäten – Ausbildung - Forschung
- Ärzte – Fortbildung
- Patienten – Selbsthilfegruppen
- Bürger werden mit Hilfe von Ärzten und Politik zu Patienten gemacht

Marketingausgaben der Pharmaunternehmen



Der Einfluss der Forschungsfinanzierung auf Forschungsergebnisse

Industriefinanzierte Studien haben im Vergleich zu unabhängigen Studien zur gleichen Fragestellung eine...

- 27% höhere Chance, dass für das untersuchte Arzneimittel Effektivität nachgewiesen wird
- 37% höhere Chance, dass Nebenwirkungen nicht erfasst werden
- 34% höhere Chance, dass die Schlussfolgerung der Autoren für das Arzneimittel günstig ausfällt



Ärztefortbildung

33. Ärztetage Grado 26.5.-1.6.2024

Werbe- und Marketingmöglichkeiten

Generell: die Unternehmen haben die Gestaltung und Ausführung der Werbe- und Marketingmaßnahmen im Hinblick auf die Konformität mit sämtlichen anzuwendenden Bestimmungen und Maßnahmen der Ärztekammer und ausschließlicher Verantwortung zu prüfen. Die Österreichische Akademie der Ärzte übernimmt in diesem Zusammenhang keine Haftung. Die finanzielle Abwicklung erfolgt über unseren Partner [MAK](#). Bitte beachten Sie, dass für den Fall eines Stornos Stornogebühren verrechnet werden, Details in den Teilnahmebedingungen.

Industrierausstellung



.....ist fest in der Hand der Pharmaindustrie!

Je nach Ausstellungsdauer kostet **1 m² Standfläche inkl. Internetzugang** wie folgt:

- die gesamte Kongressdauer (1 Woche) € 560,-
- halbe Woche € 570,- exkl. MWST (entweder Montag bis Mittwoch oder Donnerstag bis Samstag, jeweils ganztags)



Unabhängige Ärztefortbildung – Nein danke!

Die Akademie der Ärzte (Österreichische Ärztekammer) hat die Vergabe von Fortbildungspunkten für unsere „Wiener Gesundheitstage“ mit folgender Begründung abgelehnt:

- „Bei der Beurteilung der einzelnen Vorträge und Themenbereiche Ihrer Veranstaltung ergaben sich in mehreren Fällen Bedenken hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz, der Neutralität oder der Relevanz für die ärztliche Praxis.
- Wir stimmen mit Ihnen überein, dass der kritische Diskurs ein zentraler Bestandteil der Wissenschaft und damit auch der ärztlichen Fortbildung ist. Allerdings muss dieser Diskurs auf wissenschaftlich fundierten Grundlagen beruhen. Inhalte, die dies nicht ausreichend gewährleisten, können nicht mit DFP-Punkten honoriert werden.



Was tun? Wie kommen wir da raus?

- Wir brauchen eine politische Veränderung
- Die Veränderung fängt bei uns selbst an

Propaganda erkennen und bekämpfen

- Subtile Wiederholung von Sachverhalten, die nicht unbedingt der Wahrheit entsprechen
- Griffige Slogans, grafisch ansprechend aufbereitet
- Botschaften werden mit angenehmen Assoziationen verbunden
- Botschaften werden mit höheren Zielen verbunden (Solidarität, Gemeinschaft, Gesundheit, Gleichberechtigung)
- Angst erzeugen mit dem erwünschten Verhalten als Lösungsangebot



Industrieunabhängige Zulassung von Arzneimitteln

- Zulassungsstudien durch unabhängige Forschungseinrichtungen
- Unabhängige Finanzierung von Zulassungsstudien
- Zulassung durch unabhängige demokratisch kontrollierte Behörden



Interessenkonfliktfreie Wissenschaft, Aus- und Fortbildung

- Verbot pharmagesponserter Ärzteaus- und -fortbildung
- Finanzierung der Universitäten aus öffentlichen Mitteln
- Vergabe industrieller Drittmittel über einen unabhängigen Forschungsfonds



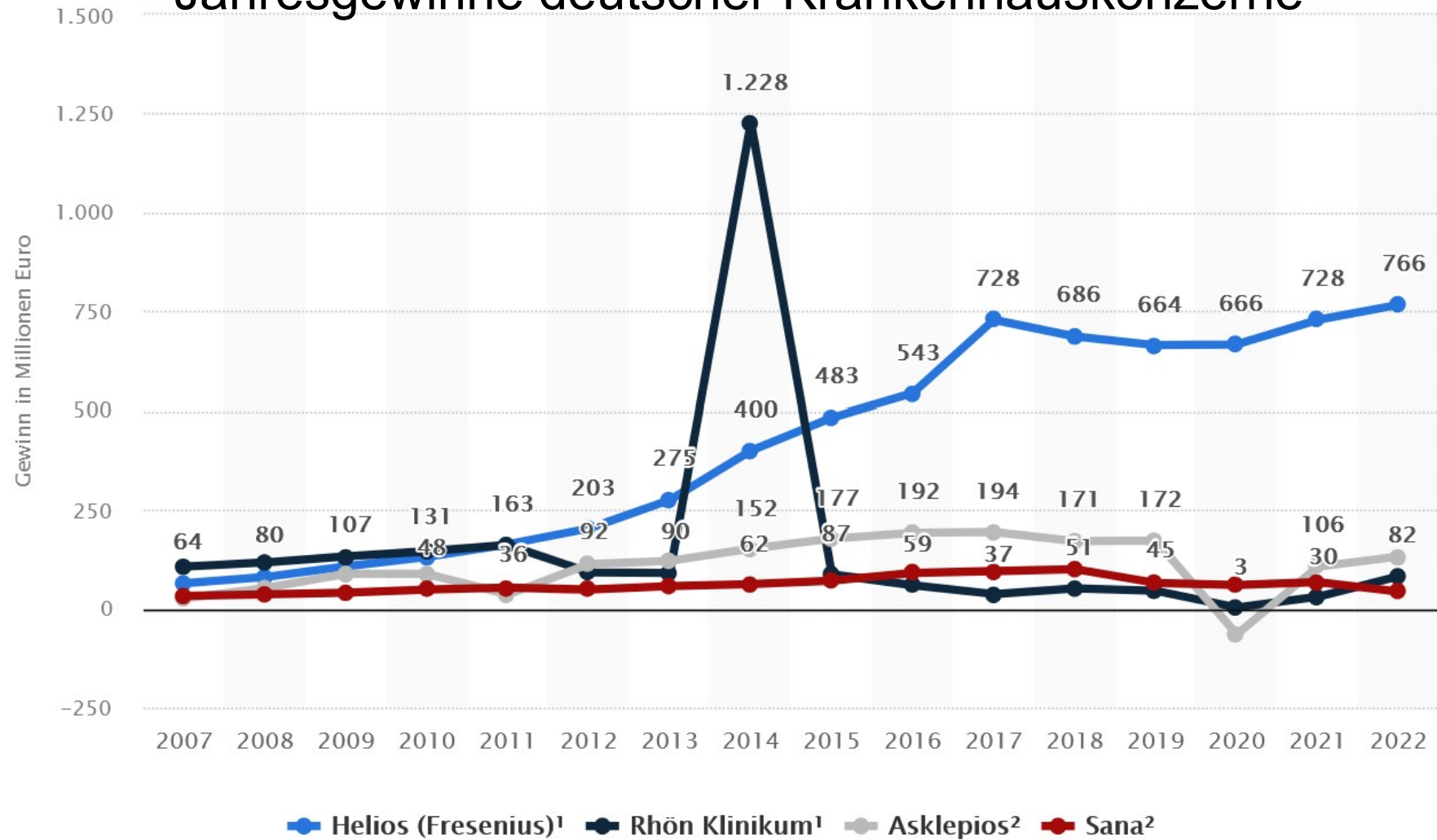
Kritisch-reflektierter Umgang mit Medizin und medizinischen Maßnahmen

- Arzneimittelkonsum reduzieren
- Gesunder Lebensstil
- Nicht für dumm verkaufen lassen
- Ziviler Ungehorsam – z.B. „Nein“ zum Impfpass



Krankheit ist nicht wirtschaftlich

Jahresgewinne deutscher Krankenhauskonzerne



Der Mammon regiert nicht nur die Pharmaindustrie

Wissen / AOK-Krankenhausreport

16:45 Uhr / 07.12.2012

Kliniken bessern mit unnötigen Operationen ihre Finanzen auf

Hunderttausende Patienten kommen pro Jahr zusätzlich unters Messer, weil sie sich in einem Krankenhaus befinden. Der Bericht sieht als Grund: Operationen bringen Kliniken bares Geld. Patienten haben aber nicht überall auf Qualität vertrauen.

16 Millionen Operative Eingriffe pro Jahr



7 Schritte zu weniger Medizin

- 1. Überlegen, ob es das Arzneimittel/die Maßnahme wirklich **braucht**
- 2. Gibt es eine realistische (nicht-medikamentöse, nicht-operative) **Behandlungsalternative?**
- 3. Hält das Medikament/die Maßnahme **das, was es/sie verspricht**
- 4. Auf mögliche **Nebenwirkungen/Risiken** achten
- 5. Kritisch überlegen, ob man das wirklich **will**
- 6. Regelmäßig überlegen, ob man das Arzneimittel **immer noch** braucht
- 7. Den **Mut** haben, nein zu sagen und ein Medikament auch wieder **abzusetzen** (nicht selbständig, sondern in Absprache mit dem Arzt!)



„Entmedikalisierung“



Andreas Sönnichsen

Die Angst- und Lügenpandemie

Ein Beitrag zur Aufarbeitung der Coronakrise

Bestellung über:

www.acsoe.de/buchbestellung

oder über den Buchhandel,
z.B. www.bod.de



Danke für Ihre Aufmerksamkeit





Impfungen – Schutz oder Schaden?

Was sagen die Studien?

Univ.-Prof.^{a.D.} Dr. Andreas Sönnichsen

Voraussichtlich Anfang 2025



...Herr Doktor muss ich das wirklich alles nehmen?

80jähriger Patient mit ischämischer Kardiomyopathie, bereits einmal dekompensiert, Trikuspidalinsuffizienz I°, pulmonale Hypertonie, arterielle Hypertonie, paroxysmales Vorhofflimmern, chron. Niereninsuffizienz, Hypothyreose, chronisches Schmerzsyndrom bei Z.n. Hüft-TEP rechts und Coxarthrose links, COPD I, Depression

Phenprocoumon nach INR	Colecalciferol 12.000 I.E./Woche
Ibuprofen 600 mg 1-0-1	Allopurinol 300 mg 0-0-1
Torasemid 10 mg 1,5-0-1	Calcitriol 0,25 mg 1-0-0
Bisoprolol 2,5 mg 1-0-0	Rosuvastatin 20 mg 0-0-1
Pantoprazol 20 mg 1-0-0	L-Thyroxin 100 µg 1-0-0
Candesartan 16 mg 1-0-0	Lercanidipin 10 mg 0,5-0-1
HCT 12,5 mg 1-0-0	Magnesium 365 mg 1-0-0
Tramadol long 100 mg 1-0-1	Mirtazapin 15 mg 1-0-0

Viel hilft viel...oder vielleicht auch nicht?

1. Vorhofflimmern

Schlaganfall-Risiko in 5 Jahren = 40%

Relative Risikosenkung durch Blutverdünnung = 50%

Absolute Risikosenkung = 20%

Number needed to treat (NNT = die Anzahl an Patienten, die behandelt werden müssen, damit einer von der Behandlung profitiert) = 5

2. Verkalkte Herzkranzgefäße

Herzinfarkt-Risiko in 5 Jahren = 50%

Relative Risikosenkung durch Cholesterinsenker = 20%

Absolute Risikosenkung = 10%

Number needed to treat (NNT) = 10

3. „Nur“ alt und gesund

Herzinfarkt-Risiko in 5 Jahren = 10%

Relative Risikosenkung durch Cholesterinsenker = 20%

Absolute Risikosenkung = 2%

Number needed to treat (NNT) = 50



Viel hilft viel...oder vielleicht auch nicht?

Gleichzeitig vervielfachen sich die Risiken für Nebenwirkungen und Interaktionen:

Anzahl Medikamente	Anzahl mögliche Interaktionen
1	0
2	1
3	3
4	6
5	10
6	15
7	21
8	28
9	36
10	45
16	136

Schwere Nebenwirkungen:

Blutung

Akutes Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen

Verlust weißer Blutkörperchen

Niedriges Kalium

Schwere Herzrhythmusstörungen

u.a.

Was wissen wir?

- Die Effekte von Medikamenten werden überwiegend an jüngeren Patienten mit einer Zielkrankheit untersucht.
- Die Effekte von Medikamenten sind in der Praxis meist geringer als in den Studien.
- Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf ältere, Patienten mit mehreren Erkrankungen ist fraglich.
- Die Effekte von Polypharmazie sind nicht hinreichend bekannt.
- Es ist unbekannt, ob die Risiken von Polypharmazie höher als der Nutzen sind.
- Je mehr Medikamente verordnet werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer zuverlässigen Einnahme



Am häufigsten mit ungeplanten Krankenhausaufnahmen assoziierte Medikamente

• Thrombo-ASS, Clopidogrel u.a.	16 %
• Entwässerungsmittel	16 %
• Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac	11 %
• Blutverdünnung (z.B. Sintrom, Eliquis)	8 %
• Opiate als Schmerzmittel	5 %
• Betablocker	5 %
• ACE/ATR (Blutdruckmittel)	4 %
• Medikamente, die den Blutzucker senken	<u>4 %</u>
	69 %

Was tun?

- 1. Überlegen, ob es das Arzneimittel wirklich **braucht**:
 - **beseitigt das Medikament meine Beschwerden?**
(„Symptomkontrolle“)
 - **verbessert das Medikament meine Prognose?**
(d.h. meine zukünftigen Aussichten auf Gesundheit, Lebensqualität und längeres Leben)

Beispiel: Behandlungsziele bei Diabetes mellitus Typ 2 ("Alterszucker")

Symptomkontrolle	Prognoseverbesserung
<ul style="list-style-type: none">• Beschwerden durch hohen Blutzucker• Ständiger Harndrang• Übermäßiger Durst• Trockene Haut und Schleimhäute• Müdigkeit• Bewusstseinsstörungen• Häufige Harnwegsinfekte• (infizierte) chronische Wunde• Beeinträchtigung des Sehens	<ul style="list-style-type: none">• Vermeidung diabetischer Spätschäden• Herzinfarkt• Durchblutungsstörungen der Beine/Füße• Schlaganfall, „Schlagerl“• Nierenschädigung• Netzhautschädigung• Nervenschädigung („Neuropathie“)• Diabetischer Fuß

Andere Beispiele

Symptomkontrolle	Prognose-Verbesserung
Schmerzmittel	Cholesterinsenker
Schlafmittel	Blutdrucksenker
Schmerzmittel	Blutzuckersenker
Behandlung der Luftnot bei Herzschwäche	Blutverdünner
Behandlung der Luftnot bei Asthma, COPD	Osteoporosemittel
Antidepressiva	

Was tun?

- 2. Gibt es eine realistische nicht-medikamentöse Behandlungsalternative:
 - **Lebensstiländerung**
 - **komplementärmedizinische Behandlung**

Vielleicht die bessere Wahl?

Nicht-medikamentöse Therapie

Ernährung

Gewichtsabnahme

Bewegung

Nicht rauchen

Psychotherapie

Geselliges Zusammensein

Positive Lebensaufgabe

Komplementärmedizin



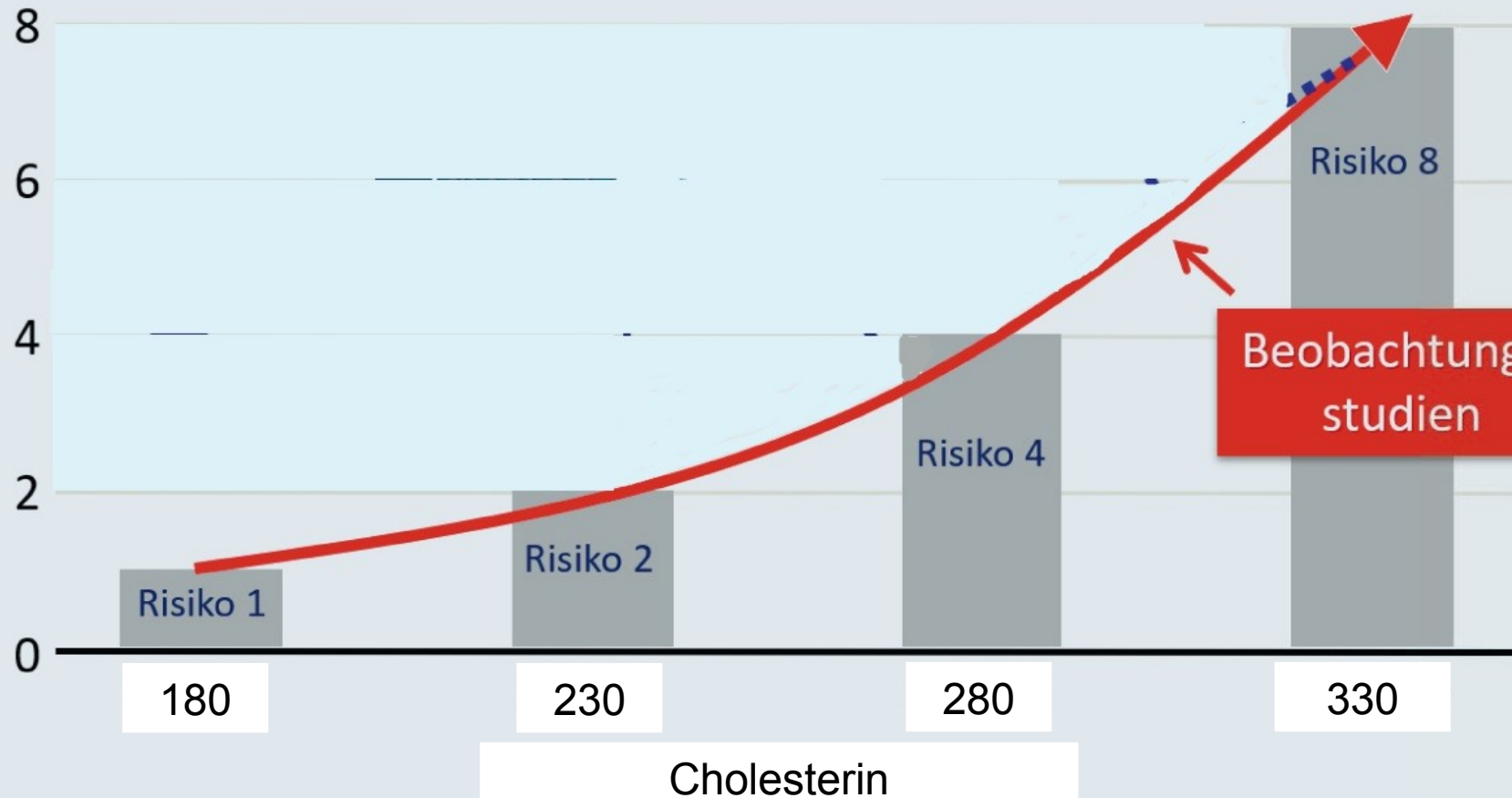
Was tun?

- 3. Überlegen, ob das Medikament **hält, was es verspricht**
 - Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Medikament mir nützt?
 - Gibt es dafür einen wissenschaftlichen Beweis?
 - Wie groß ist das Risiko, dass das Medikament mir schadet?



Die Sache mit den Grenzwerten....

Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-erkrankungen



Nutzen-Schaden-Relation medikamentöser Therapie

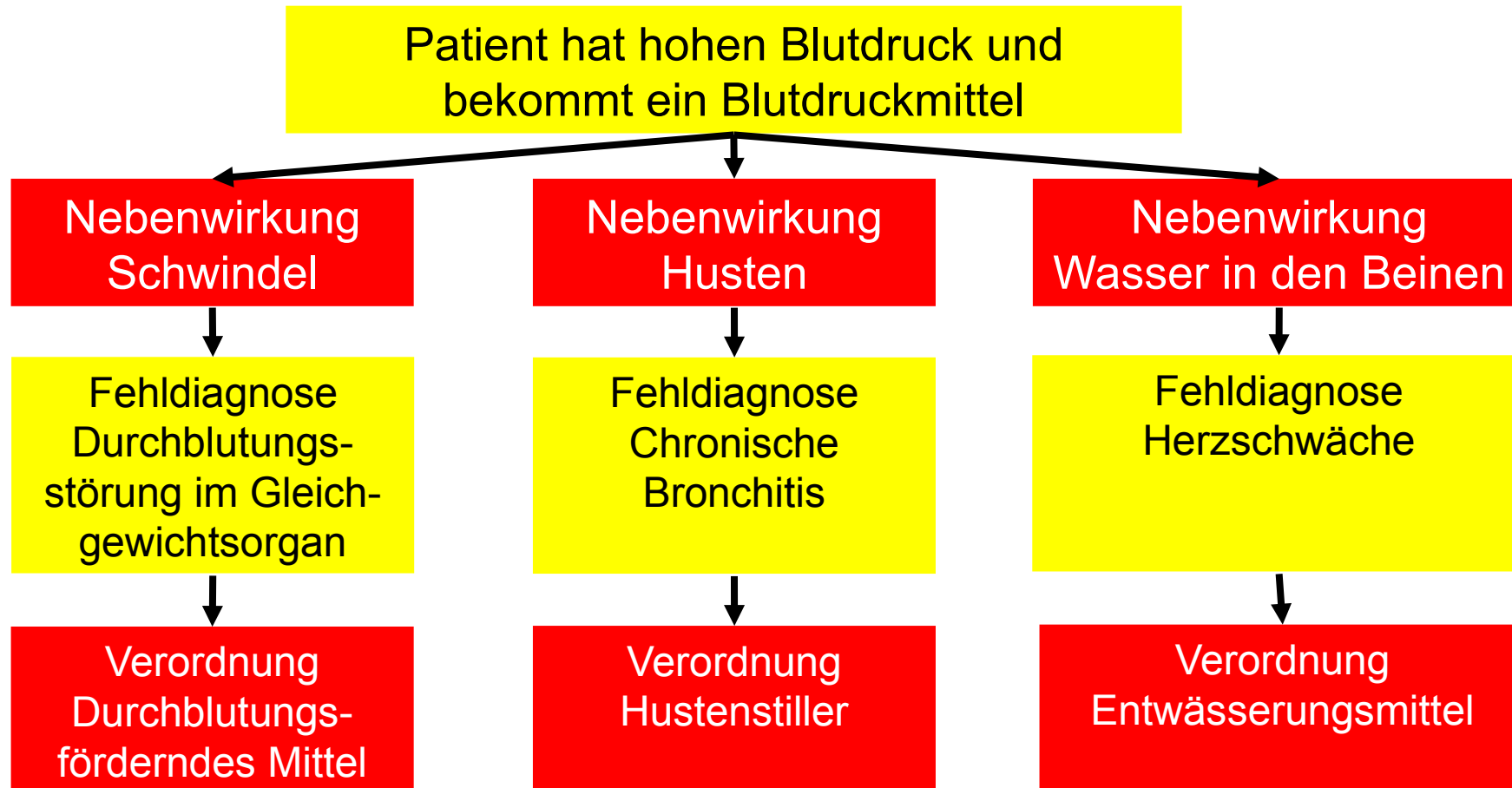
Medikament	Vorteile	Nachteile
Thrombo-Ass	Risikosenkung Herzinfarkt, Schlaganfall	Magenbeschwerden, Blutungsrisiko
Statine (z.B. Simvastatin)	Risikosenkung Herzinfarkt, Schlaganfall	Muskelschmerzen, Schlafstörungen, Diabetesrisiko, Sturzrisiko
ACE-Hemmer (z.B. Ramipril)	Risikosenkung Herzinfarkt, Schlaganfall	Husten, Beeinträchtigung der Nieren, Müdigkeit, Kreislaufstörungen
Betablocker (z.B. Bisoprolol)	Risikosenkung Herzinfarkt	Risikostieg Schlaganfall, Müdigkeit
NSAR (z.B. Diclofenac)	Schmerzlinderung	Risikoanstieg Herzinfarkt, Schlaganfall, Magenbeschwerden

Was tun?

- 4. Auf mögliche **Nebenwirkungen** achten
 - Vertrage ich das Medikament oder tausche ich ein Symptom gegen ein anderes?
 - Ist die Chance auf Prognoseverbesserung es wert, die Nebenwirkungen auszuhalten?
 - bin ich Opfer einer „Verschreibungskaskade“?



Die "Verschreibungskaskade"



Was tun?

- 5. Überlegen, ob man das Arzneimittel wirklich einnehmen **will**
 - den Mut haben, „nein“ zu sagen
 - Ehrlichkeit ist besser für alle
 - Verordnete Medikamente nicht zu nehmen
 - * macht es dem Arzt schwerer meine Erkrankung gut zu behandeln
 - * schadet mir selbst
 - * verschwendet Geld
 - **Reden Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt!**



Was tun?

- 6. Regelmäßig überlegen, ob man das Arzneimittel **immer noch braucht** – mindestens alle sechs Monate!
 - Hat sich mein Gesundheitszustand verändert?
 - Spüre ich neue Nebenwirkungen?
 - Gibt es eine bessere alternative Behandlung?
 - **Reden Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt!**



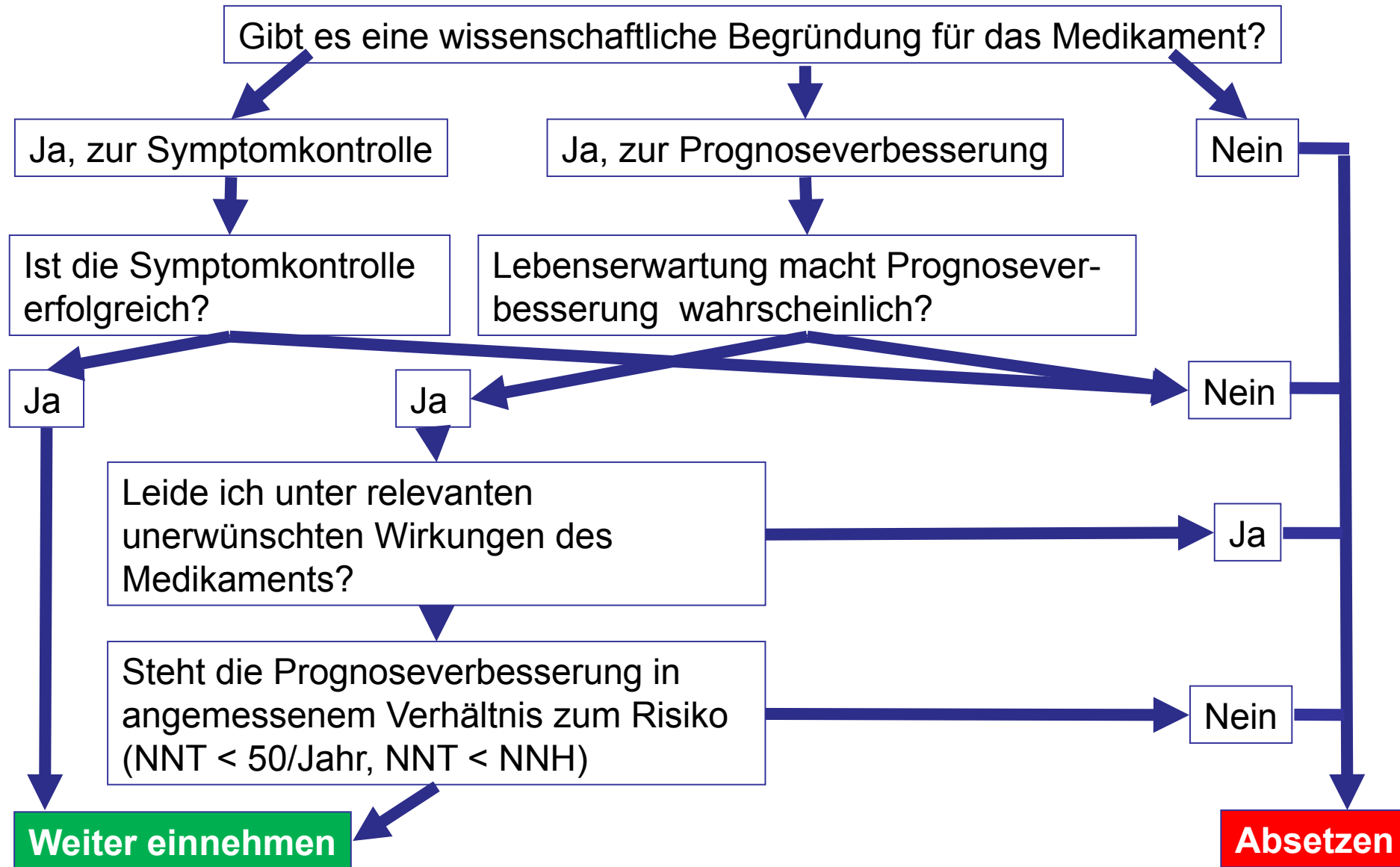
Was tun?

- Den **Mut** haben, ein Medikament auch wieder **abzusetzen**

Reden Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt!



Entscheidungsbaum bei Polypharmazie



Faustregel

1-4 Medikamente

5-9 Medikamente

**10 oder mehr
Medikamente**

