

Offener Brief von **Felix Gottwald**

Rekord-Olympiasieger (Nordische Kombination)

Ich möchte Sie darüber informieren, dass ich mit sofortiger Wirkung als Vorsitzender der Breitensportkommission der Bundes-Sport GmbH zurücktrete und nicht mehr zur Verfügung stehe.

- Ich bin angetreten, um einen Beitrag für eine echte Bewegungskultur in unserem Land zu leisten.
- Ich bin angetreten, um die Anzahl der gesunden Lebensjahre in unserem Land gemeinsam zu steigern.
- Und ich bin angetreten, um ein Bewusstsein in der Bevölkerung zu schaffen, durch Bewegung und Sport die Welt, in der wir leben, besser zu meistern.

Nach nun neun offiziellen Monaten in dieser Funktion stelle ich fest: Es mag in unserem Land gerade um viel gehen, aber sicher nicht um die Gesundheit und das Wohl der Österreicher:innen und der in Österreich lebenden Menschen – und das inmitten der größten Gesundheitskrise.

Spaltung, Hetze, Diskriminierung – das sind die Regierungsgebote der Stunde.

Ich schäme mich zutiefst für unser Land und bin als Österreicher zornig, traurig und (ver-)fassunglos zugleich.

Ich habe jegliches Vertrauen in die Politik verloren, und mir fallen beim besten Willen keine Argumente mehr ein, warum ich ihr auch nur eine Silbe glauben sollte. Die Art des Diskurses innerhalb der Politik, die Wortwahl, die Inkongruenz, die Geringschätzung, die mich als mündigen Bürger und Steuerzahler erreicht, irritieren mich zutiefst und würden wohl jedes Unternehmen in der Privatwirtschaft umgehend in den Ruin treiben.

Als nachweislich Gesunder, der mit vernünftigen und sinnvollen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sehr verantwortungsvoll umgeht, werde ich jetzt wie Millionen andere vom sozialen und damit auch vom sportlich bewegten Leben ausgegrenzt. Ich habe als Sportler immer Verantwortung übernommen und übernehmen müssen. Daran hat sich nichts geändert und wird sich – unabhängig von Druck, jeglichen Regeln und Verordnungen – nichts ändern. Ich habe Gesundheitswissenschaften studiert, weil ich mich zeit meines Lebens damit beschäftigt habe, wie Gesundheit – und nicht wie Krankheit – entsteht. Sport und Bewegung sind und bleiben dafür ein wesentlicher Teil der Lösung.

Gerade Sie als Sportminister hätten es in der Hand, Hebel in Bewegung zu setzen, die Bewegung und (Breiten-)Sport in der wohl größten Gesundheitskrise unserer Zeit fördern und nicht verhindern.

- Wie weit sind Sie bereit zu gehen?
- Und: Wie weit seid ihr als Regierung bereit zu gehen?

Als erfolgreichster Olympiasportler Österreichs habe ich ganz oft verloren und nur ganz selten gewonnen. Als Sportler habe ich gelernt, mit Niederlagen und mit dem Scheitern umzugehen,

daraus zu lernen, mich weiterzuentwickeln und mir selbst und anderen mit Respekt und Würde zu begegnen. Diese Tugenden vermisse ich derzeit seitens der Politik zur Gänze.

Ich war überzeugt, dass unser Land aus der Geschichte gelernt hat.

Ich bin erschüttert, festzustellen, dass wir als Gesellschaft anmaßender, skrupelloser und diskriminierender geworden sind, als ich das je zuvor erlebt habe.

Ich möchte wieder in einem Land leben, auf das wir stolz sein können, in einem Land, in dem wir als Gesellschaft eine Kultur des Füreinanderdaseins pflegen. Entscheidungen und Handlungen, die von Verstand, Verständnis und Vertrauen geprägt sind, wünsche ich mir von Herzen. Die Hoffnung, dass es dafür – unabhängig von den äußeren Umständen – nie zu spät ist und dass heute immer der beste Zeitpunkt bleibt, damit wieder zu beginnen, lässt mich abschließend Danke sagen. Danke allen Mitgliedern und dem Team der Bundes-Sport GmbH für die Art, wie ich aufgenommen wurde, und für deren Bemühen, beim Vorhaben, eine echte Bewegungskultur in unserem Land zu etablieren, mitzuwirken. Ich bin gescheitert – und das ist okay so. Weiterzumachen, als ob ich die unsportlichen und ungesunden Entwicklungen rund um diese Pandemie nicht mitbekommen würde, ist für mich keine Option. Ich möchte auch allen Einzelnen Danke sagen, die auf ihre Art und mit ihren Möglichkeiten einen Beitrag leisten, dass wir zusammenhalten und Verständnis füreinander haben und es nicht zulassen, uns als Gesellschaft von dieser Art der Politik weiter auseinanderdividieren zu lassen, und dass wir deshalb diese Krise gemeinsam und mit unterschiedlichen persönlichen Entscheidungen und Überzeugungen meistern werden.

Bewegung und Sport und viel frische Luft werden uns dabei helfen und ganz nebenbei noch einer Pandemie unserer Zeit – nämlich Übergewicht und Bewegungsarmut – entgegenwirken.

Ich persönlich werde mich weiterhin mit meinen Möglichkeiten für eine echte Bewegungskultur in unserem Land einsetzen, wissend, dass eine solche beharrlich aufgebaut werden und vom politischen Aktionismus wohl unabhängig sein muss.

Mit besorgten und bewegten Grüßen,

Felix Gottwald

Ich kann nicht mehr

In einem offenen Brief äußert sich ein ARD-Mitarbeiter kritisch zu anderthalb Jahren Corona-Berichterstattung: Ole Skambraks arbeitet seit 12 Jahren als redaktioneller Mitarbeiter und Redakteur beim öffentlich-rechtlichen Rundfunk.

OLE SKAMBRAKS, 5. Oktober 2021, 5 Kommentare

Ich kann nicht mehr schweigen. Ich kann nicht mehr wortlos hinnehmen, was seit nunmehr anderthalb Jahren bei meinem Arbeitgeber, dem öffentlich-rechtlichen Rundfunk passiert. In den Statuten und Medienstaatsverträgen sind Dinge wie „Ausgewogenheit“, „gesellschaftlicher Zusammenhalt“ und „Diversität“ in der Berichterstattung verankert. Praktiziert wird das genaue Gegenteil. Einen wahrhaftigen Diskurs und Austausch, in dem sich alle Teile der Gesellschaft wiederfinden, gibt es nicht.

Ich war von Anfang an der Ansicht, dass der öffentlich-rechtliche Rundfunk genau diesen Raum füllen sollte: den Dialog fördern zwischen Maßnahmenbefürwortern und Kritikerinnen, zwischen Menschen, die Angst haben vor dem Virus, und Menschen, die Angst haben ihre Grundrechte zu verlieren, zwischen Impfbefürworterinnen und Impfskeptikern. Doch seit anderthalb Jahren hat sich der Diskussionsraum erheblich verengt.

Wissenschaftlerinnen und Experten, die in der Zeit vor Corona respektiert und angesehen waren, denen Raum im öffentlichen Diskurs gegeben wurde, sind plötzlich Spinner, Aluhutträger oder Covidioten. Als vielzitiertes Beispiel sei hier auf Wolfgang Wodarg verwiesen. Er ist mehrfacher Facharzt, Epidemiologe und langjähriger Gesundheitspolitiker. Bis zur Coronakrise war er zudem im Vorstand von Transparency International. 2010 hat er als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Europarat den Einfluss der Pharmaindustrie bei der Schweinegrippe-Pandemie aufgedeckt. Damals konnte er seine Meinung im öffentlich-rechtlichen Rundfunk persönlich vertreten, seit Corona geht das nicht mehr. An seine Stelle sind sogenannte Faktenchecker getreten, die ihn diskreditieren.

Lähmender Konsens

Anstelle eines offenen Meinungsaustausches wurde ein „wissenschaftlicher Konsens“ proklamiert, den es zu verteidigen gilt. Wer diesen anzweifelt und

eine multidimensionale Perspektive auf die Pandemie einfordert, erntet Empörung und Häme.

Dieses Muster funktioniert auch innerhalb der Redaktionen. Seit anderthalb Jahren arbeite ich nicht mehr im tagesaktuellen Newsgeschehen, worüber ich sehr froh bin. An Entscheidungen, welche Themen wie umgesetzt werden, bin ich in meiner aktuellen Position nicht beteiligt. Ich beschreibe hier meine Wahrnehmung aus Redaktionskonferenzen und einer Analyse der Berichterstattung. Lange Zeit habe ich mich nicht aus der Rolle des Beobachters getraut, zu absolut und unisono wirkte der vermeintliche Konsens.

Seit einigen Monaten wage ich mich aufs Glatteis und bringe hier und da eine kritische Anmerkung in Konferenzen ein. Oft folgt darauf betroffenes Schweigen, manchmal ein „Dankeschön für den Hinweis“ und manchmal eine Belehrung, warum das so nicht stimme. Berichterstattung ist daraus noch nie entstanden.

Das Ergebnis von anderthalb Jahren Corona ist eine Spaltung der Gesellschaft, die ihresgleichen sucht. Der öffentlich-rechtliche Rundfunk hat daran großen Anteil. Seiner Verantwortung, Brücken zwischen den Lagern zu bauen und Austausch zu fördern, kommt er immer seltener nach.

Oft wird das Argument angeführt, dass die Kritikerinnen eine kleine, nicht beachtenswerte Minderheit darstellen, denen man aus Proporzgründen nicht zu viel Platz einräumen dürfe. Dies sollte spätestens seit dem Referendum in der Schweiz über die Coronamaßnahmen widerlegt sein. Obwohl auch dort ein freier Meinungs Austausch in den Massenmedien nicht stattfindet, ging die Abstimmung nur 60:40 für die Regierung aus. Kann man bei 40 % der abgegebenen Stimmen von einer kleinen Minderheit sprechen? Dabei sei noch erwähnt, dass die Schweizer Regierung die Corona-Hilfszahlungen an die Abstimmung geknüpft hatte, was die Entscheidung mancher, ihr Kreuzchen bei „Ja“ zu machen, beeinflusst haben könnte.

Die Entwicklungen dieser Krise finden auf so vielen Ebenen statt und haben Auswirkungen auf alle Teile der Gesellschaft, dass es genau jetzt nicht weniger, sondern mehr freien Debattenraum braucht.

Dabei ist nicht aufschlussreich, was alles im öffentlich-rechtlichen Rundfunk diskutiert wird, sondern was unerwähnt bleibt. Die Gründe dafür sind vielfältig und bedürfen einer ehrlichen internen Analyse. Dabei helfen können die Publikationen des Medienwissenschaftlers und ehemaligen MDR-Rundfunkrats

Uwe Krüger, wie zum Beispiel sein Buch „Mainstream – Warum wir den Medien nicht mehr trauen“.

In jedem Fall erfordert es einiges an Mut, in Konferenzen, in denen Themen diskutiert und besprochen werden, gegen den Strom zu schwimmen. Oft setzt sich derjenige durch, der seine Argumente am eloquentesten vortragen kann, im Zweifel entscheidet natürlich die Redaktionsleitung. Schon sehr früh galt die Gleichung, dass Kritik am Coronakurs der Regierung dem rechten Spektrum angehört. Welche Redakteurin wagt es da noch, einen Gedanken in diese Richtung zu äußern?

Offene Fragen

So ist die Liste der Ungereimtheiten und offenen Fragen, die keine substanzielle Berichterstattung bekommen haben, sehr groß:

- Warum wissen wir so wenig über „gain of function research“ (Forschung daran, wie man Viren für den Menschen gefährlicher machen kann)?
- Warum steht im neuen Infektionsschutzgesetz, dass das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit und die Unverletzlichkeit der Wohnung fortan eingeschränkt werden kann – auch unabhängig von einer epidemischen Lage?
- Warum müssen sich Menschen, die bereits Covid-19 hatten, nochmal impfen, obwohl sie mindestens genauso gut geschützt sind, wie geimpfte Menschen?
- Warum wird über das „Event 201“ und die globalen Pandemieübungen im Vorfeld der Ausbreitung von SARS-CoV-2 nicht oder nur in Verbindung mit Verschwörungsmäthen gesprochen? (2)
- Warum wurde das den Medien bekannte, interne Papier aus dem Bundesinnenministerium nicht in Gänze veröffentlicht – und in der Öffentlichkeit diskutiert, in dem gefordert wurde, dass Behörden eine „Schockwirkung“ erzielen müssten, um Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die menschliche Gesellschaft zu verdeutlichen?
- Warum schafft es die Studie von Prof. Ioannidis zur Überlebensrate (99,41 % bei unter 70-Jährigen) in keine Headline, die fatal falschen Hochrechnungen des Imperial College aber schon (Neil Ferguson prophezeite

im Frühjahr 2020 eine halbe Million Coronatote in Großbritannien und über 2 Millionen in den USA.)?

- Warum steht in einem Gutachten, erstellt für das Bundesgesundheitsministerium, dass die Auslastung der Krankenhäuser im Jahr 2020 durch Covid-19-Patienten nur 2% betragen hat?
- Warum hat Bremen mit Abstand die höchste Inzidenz (113 am 4.10.21) und gleichzeitig mit Abstand die höchste Impfquote in Deutschland (79 %)?
- Warum sind Zahlungen von 4 Millionen Euro eingegangen auf einem Familienkonto der EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides, die verantwortlich war für das Abschließen der ersten EU-Impfstoffverträge mit den Pharmakonzernen? (3)
- Warum werden Menschen mit schweren Impfnebenwirkungen nicht im gleichen Maß portraitiert wie 2020 Menschen mit schweren Covid-19-Verläufen? (4)
- Warum stört niemanden die unsaubere Zählweise bei „Impfdurchbrüchen“? (5)
- Warum melden die Niederlande deutlich mehr Nebenwirkungen der Covid-19-Impfstoffe als andere Länder?
- Warum hat sich die Wirksamkeitsbeschreibung der Covid-19-Impfstoffe auf der Seite des *Paul-Ehrlich-Instituts* in den letzten Wochen dreimal geändert? „*COVID-19-Impfstoffe schützen vor Infektionen mit dem SARS-CoV-2 Virus.*“ (15. August 2021) „*COVID-19-Impfstoffe schützen vor einem schweren Verlauf einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus.*“ (7. September 2021) „*COVID-19-Impfstoffe sind indiziert zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung der durch das SARS-CoV-2-Virus verursachten COVID-19-Erkrankung.*“ (27. September 2021) (6)

Auf einige Punkte möchte ich im Detail eingehen.

„Gain of function“ und „Lab leak“

Zu „gain of function research“ – das ist Forschung, Viren gefährlicher zu machen, was im Institut für Virologie in Wuhan, China, betrieben und von den USA finanziert wurde – habe ich bis heute nichts Substanzielles gehört oder gelesen. Diese Forschung findet in sogenannten P4-Laboren statt, in denen seit Jahrzehnten daran gearbeitet wird, wie im Tierreich vorkommende Viren derart

verändert werden können, dass sie auch für den Menschen gefährlich werden. *ARD* und *ZDF* haben um diese Thematik bis jetzt einen großen Bogen geschlagen – und das, obwohl hier deutlicher Diskussionsbedarf besteht. Eine erste zu diskutierende Frage könnte zum Beispiel sein: Wollen wir als Gesellschaft solche Forschung?

Zur „lab leak theorie“ – also der Annahme, dass SARS-CoV-2 aus einem Labor stammt – gibt es mittlerweile zahlreiche Berichte. Dabei muss erwähnt werden, dass dieses Thema im letzten Jahr sofort als Verschwörungsmythos gebrandmarkt wurde. Alternative Medien, die dieser Spur nachgegangen sind, wurden von Sozialen Netzwerken wie *YouTube* und *Twitter* verbannt und die Informationen gelöscht. Wissenschaftler, die diese These geäußert haben, wurden massiv angegriffen. Heute ist die „lab leak theorie“ mindestens genauso plausibel wie die Übertragung durch eine Fledermaus. Der amerikanische Investigativjournalist Paul Thacker hat im *British Medical Journal* die Ergebnisse seiner minutiösen Recherche veröffentlicht. Dazu schreibt Dr. Ingrid Mühlhauser, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Uni Hamburg:

„Schritt für Schritt zeigt er [Thacker] auf, wie Betreiber einer amerikanischen Laborgruppe gezielt eine Verschwörungstheorie entwickeln, um ihren Laborunfall in Wuhan als Verschwörung zu verschleiern. Gestützt wird der Mythos von renommierten Zeitschriften wie dem Lancet. Wissenschaftsjournalisten und Dienstleister für Faktenchecks übernehmen unreflektiert die Informationen. Beteiligte Wissenschaftler schweigen, aus Angst, Prestige und Forschungsförderung zu verlieren. Facebook blockiert fast ein Jahr lang Meldungen, die den natürlichen Ursprung von SARS-CoV-2 in Frage stellen. Sollte sich die These des Laborunfalls bestätigen, hätten ZDF und andere Medien Verschwörungsmythen verteidigt.“

Ivermectin und Alternativen zur Impfung

Seit Monaten ist auch ersichtlich, dass es effektive und kostengünstige Behandlungsmittel für Covid-19 gibt, die nicht eingesetzt werden dürfen. Die Datenlage dazu ist eindeutig. Doch die pseudowissenschaftlichen Desinformationskampagnen gegen diese Mittel sind bezeichnend für den Zustand unserer Medizin. Seit Jahrzehnten ist Hydroxychloroquin bekannt und wurde millionenfach bei Malaria und rheumatischen Erkrankungen eingesetzt. Im letzten Jahr wurde es plötzlich für gefährlich erklärt. Die Aussage von Präsident Donald Trump, Hydroxychloroquin sei ein „game changer“ tat den Rest zur Diskreditierung. Die politische Rason ließ eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit HCQ nicht mehr zu.

Über die katastrophale Lage in Indien durch die Verbreitung der Deltavariante haben alle Medien im Frühjahr groß berichtet (damals war noch von der indischen Variante des Virus die Rede). Dass Indien die Situation relativ schnell unter Kontrolle gebracht hat und dass dabei das Medikament Ivermectin in großen Bundesstaaten wie Uttar Pradesh eine entscheidende Rolle gespielt hat, war dagegen nicht mehr berichtenswert. (7)

Ivermectin hat auch in Tschechien und der Slowakei eine vorläufige Zulassung für die Behandlung von Covid-19-Patienten. Darüber berichtet immerhin der *MDR*, wenn auch mit negativer Konnotation.

In der Liste möglicher Medikamente vom Bayerischen Rundfunk wird Ivermectin nicht einmal erwähnt, und zu Hydroxychloroquin werden nur negative und keine positiven Studien zitiert.

Das Molekül Clofoctol zeigte in Labortests im Sommer 2020 ebenfalls eine gute Wirkung gegen SARS-CoV-2. Bis 2005 war das Antibiotikum in Frankreich und Italien unter den Namen Octofene und Gramplus im Handel. Mehrfach wurde das *Institut Pasteur* in Lille von den französischen Behörden daran gehindert, eine Studie mit Covid-19-Patienten aufzusetzen. Nach mehreren Anläufen haben sie Anfang September den ersten Patienten dafür rekrutiert.

Warum stellen sich Gesundheitsbehörden vehement gegen Behandlungsmittel, die von Beginn der Pandemie an zur Verfügung gestanden hätten? Dazu hätte ich mir investigative Recherchen der *ARD* gewünscht! Es sei noch erwähnt, dass die neuen Corona-Impfstoffe nur deshalb eine Notzulassung bekommen konnten, weil es kein offiziell anerkanntes Behandlungsmittel für SARS-CoV-2 gegeben hat.

Es geht mir nicht darum, irgendein Corona-Wundermittel anzupreisen. Ich möchte Sachverhalte aufzeigen, die nicht die nötige Beachtung bekommen haben. Von Anfang an wurde im öffentlichen Diskurs die Meinung verbreitet, dass nur eine Impfung Abhilfe schaffen kann. Die *WHO* ging zeitweise sogar so weit, die Definition von „Herdenimmunität“ in dem Sinne zu ändern, dass diese nur noch durch Impfungen erlangt werden könne und nicht mehr durch eine frühere Infektion wie das bisher der Fall war.

Doch was, wenn der eingeschlagene Weg eine Sackgasse ist?

Fragen zur Impfwirksamkeit

Daten aus den Ländern mit besonders hohen Impfquoten zeigen, dass Infektionen mit SARS-CoV-2 auch bei vollständig geimpften Personen keine Seltenheit, sondern an der Tagesordnung sind. Dr. Kobi Haviv, Direktor des

Herzog-Krankenhauses in Jerusalem, spricht davon, dass 85 % bis 90 % der schwer Erkrankten auf seiner Intensivstation doppelt geimpft sind. (8)

Das Magazin *Science* schreibt auf ganz Israel bezogen: „Am 15. August wurden 514 Israelis mit schweren oder kritischen Covid-19-Erkrankungen ins Krankenhaus eingeliefert ... von diesen 514 Personen waren 59 % vollständig geimpft. Von den Geimpften waren 87 % 60 Jahre oder älter.“ *Science* zitiert einen israelischen Regierungsberater, der erklärt: „Eine der großen Geschichten aus Israel [ist]: ‘Impfstoffe funktionieren, aber nicht gut genug’.“

Weiterhin ist nunmehr ersichtlich, dass geimpfte Menschen genauso viel Virusmaterial der Deltavariante in sich tragen (und verbreiten) wie Ungeimpfte. Was folgt aus dieser Datenlage in Deutschland? – Ein Lockdown speziell für Ungeimpfte oder etwas euphemistisch ausgedrückt: die „2G-Regel“. Die Gesellschaft wird de facto in zwei Klassen gespalten. Die Geimpften bekommen ihre Freiheiten zurück (weil ohne Gefahrenpotenzial für andere), die Ungeimpften (weil mit Gefahrenpotenzial für andere) müssen sich Tests unterziehen, die sie selber bezahlen sollen, und bekommen im Quarantänefall keine Lohnfortzahlung mehr. Auch Beschäftigungsverbote und Kündigungen aufgrund des Impfstatus sind nicht mehr ausgeschlossen und Krankenkassen könnten Ungeimpften künftig ungünstigere Tarife vorschreiben. Warum dieser Druck auf Ungeimpfte? Wissenschaftlich ist das nicht begründbar und gesellschaftlich überaus schädlich.

Die durch Impfungen erzeugten Antikörper nehmen nach einigen Monaten deutlich ab. Der Blick nach Israel zeigt, nach der zweiten Impfung gibt es für die gesamte Bevölkerung jetzt die dritte Dosis und die vierte ist auch schon angekündigt. Wer nach sechs Monaten die Impfung nicht auffrischt, gilt nicht mehr als immun und verliert seinen „Green Pass“ (der digitale Impfausweis, den Israel eingeführt hat). In den USA spricht Joe Biden mittlerweile von Corona-Boostern, die alle 5 Monate anstehen. Marion Pepper, Immunologin an der University of Washington, stellt diese Strategie allerdings in Frage. Gegenüber der *New York Times* erklärte sie, „die wiederholte Stimulierung der körpereigenen Abwehrkräfte kann auch zu einem Phänomen führen, das als ‘Immunerschöpfung’ bezeichnet wird.“

Wenig wird die Tatsache diskutiert, dass durch natürliche Infektion eine deutlich robustere Immunität aufgebaut werden kann. „Ultrapotente Antikörper“ oder eine „Super-Immunität“ wurde bei Menschen gefunden, die sich im letzten Jahr mit SARS-CoV-2 infiziert hatten. Diese Antikörper reagieren bei über 20 verschiedenen Virusmutationen und bleiben länger erhalten als Antikörper, die durch den Impfstoff erzeugt werden.

Immerhin hat Gesundheitsminister Jens Spahn nun angekündigt, dass auch ein Antikörpernachweis zulässig werden soll. Um offiziell als immun zu gelten, muss aber immer noch eine Impfung folgen. Wer versteht diese Logik? Ein *CNN*-Interview mit Dr. Anthony Fauci, dem Vorsitzenden des *National Health Institute* (das amerikanische Pendant des *RKI*) macht die Absurdität anschaulich. Menschen mit natürlicher Immunität werden bis jetzt von der Politik nicht bedacht!

Ich kenne eine Ärztin, die verzweifelt versucht, von Gesundheitsbehörden und dem *RKI* eine Antwort zu dieser Thematik zu bekommen: Einer ihrer Patienten hat einen IgG-Antikörper-Titer von 400 AU/ml – deutlich mehr als viele Impflinge. Sein Coronainfekt ist schon über sechs Monate her, damit gilt er nicht mehr als immun. Die Antwort, die sie bekommen hat war: „Impfen sie ihn doch!“, was die Ärztin bei diesem Titer ablehnt.

Fehlendes journalistisches Grundverständnis

Der von Politik und Medien propagierte Weg aus der Pandemie entpuppt sich als Dauerimpfabonnement. Wissenschaftlerinnen, die einen anderen Umgang mit Corona fordern, bekommen immer noch keine adäquate Bühne bei den öffentlich-rechtlichen Medien, wie die zum Teil diffamierende Berichterstattung zur Aktion #allesaufdentisch wieder gezeigt hat. Anstatt mit den Beteiligten über die Inhalte der Videos zu diskutieren, hat man sich Experten gesucht, die die Kampagne diskreditieren. Damit begehen die Öffentlich-Rechtlichen genau den Fehler, den sie #allesaufdentisch vorwerfen.

Der Spiegel-Journalist Anton Rainer sagte im SWR-Interview über die Videoaktion, es handle sich nicht um Interviews im klassischen Sinne: „Im Prinzip sieht man jeweils zwei Menschen, die sich gegenseitig Recht geben.“ Ich hatte Bauchschmerzen, nachdem ich mir die Berichterstattung meines Senders angehört hatte, und **war vollkommen irritiert vom fehlenden journalistischen Grundverständnis auch die Gegenseite zu Wort kommen zu lassen.** (9) Meine Bedenken habe ich den Beteiligten und der Redaktionsleitung per Mail mitgeteilt.

Ein klassischer Spruch ist in Konferenzen, dass ein Thema „schon gemacht“ sei. So zum Beispiel, als ich die sehr wahrscheinliche Untererfassung von Impfkomplikationen angesprochen habe. Ja, richtig, das Thema wurde erörtert mit dem hauseigenen Experten, der – es wundert wenig – zu dem Schluss gekommen ist, dass es keine Untererfassung gibt. „Die andere Seite“ wird zwar hier und da erwähnt, doch bekommt sie sehr selten Gesicht in der Form, dass tatsächlich mit den Menschen gesprochen wird, die kritische Standpunkte einnehmen.

Kritiker unter Druck

Die deutlichsten Kritikerinnen müssen mit Hausdurchsuchungen, Strafverfolgung, Kontosperrung, Versetzung oder Entlassung rechnen, bis hin zur Einweisung in die Psychiatrie. Auch wenn es sich um Meinungen handelt, deren Positionen man nicht teilt – in einem Rechtsstaat darf es so etwas nicht geben.

In den USA wird schon diskutiert, ob Wissenschaftskritik als „hate crime“ (Verbrechen aus Hass) gelabelt werden sollte. Die *Rockefeller Foundation* hat 13,5 Millionen Dollar für die Zensur von Fehlinformationen im Gesundheitsbereich ausgelobt.

WDR-Fernsehdirektor Jörg Schönenborn hat erklärt „Fakten sind Fakten, die stehen fest“. Wenn das so wäre, wie ist es dann möglich, dass hinter verschlossenen Türen sich Wissenschaftlerinnen unentwegt streiten und sich sogar in einigen recht grundlegenden Fragen zutiefst uneinig sind? So lange wir uns das nicht klar machen, führt jede Annahme einer vermeintlichen Objektivität in eine Sackgasse. Wir können uns „Realität“ immer nur annähern – und das geht nur in einem offenen Diskurs der Meinungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Was gerade stattfindet, ist kein aufrichtiger Kampf gegen „fake news“. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass jegliche Informationen, Beweise oder Diskussionen, die im Gegensatz zum offiziellen Narrativ stehen, unterbunden werden.

Ein aktuelles Beispiel ist das sachliche und wissenschaftlich transparente Video des Informatikers Marcel Barz. Bei einer Rohdatenanalyse stellt Barz erstaunt fest, dass weder die Zahlen zur Übersterblichkeit noch zur Bettenbelegung oder zum Infektionsgeschehen dem entsprechen, was wir seit anderthalb Jahren von Medien und der Politik zu lesen oder hören bekommen. Er zeigt auch, wie man mit diesen Daten durchaus eine Pandemie darstellen kann, und erklärt, warum dies für ihn unredlich ist. Das Video wurde von You Tube bei 145.000 Klicks nach drei Tagen gelöscht (und erst nach Einspruch von Barz und viel Protest wieder zugänglich gemacht). Der angegebene Grund: „medizinische Fehlinformationen“. Auch hier die Frage: Wer hat auf welcher Grundlage so entschieden?

Die Faktenchecker vom *Volksverpetzer* diskreditieren Marcel Barz als Fake. Das Urteil von *Correctiv* ist ein bisschen milder (Barz hat darauf öffentlich und ausführlich geantwortet). Das für das Bundesgesundheitsministerium erstellte Gutachten, dem zu entnehmen ist, dass die Auslastung der Krankenhäuser im Jahr 2020 durch Covid-19-Patienten nur 2 % betragen hat, gibt ihm Recht. Barz

hat mit seiner Analyse die Presse kontaktiert, doch keine Aufmerksamkeit bekommen. **In einem funktionierenden Diskurs würden unsere Medien ihn zum Streitgespräch einladen.**

Millionenfach werden Inhalte zu Corona-Themen mittlerweile gelöscht, wie die Journalistin Laurie Clarke im *British Medical Journal* zeigt. Facebook und Co. sind private Unternehmen und können deshalb entscheiden, was auf ihren Plattformen publiziert wird. Aber dürfen sie damit auch den Diskurs steuern?

Der öffentlich-rechtliche Rundfunk könnte einen wichtigen Ausgleich schaffen, indem er einen offenen Meinungs Austausch gewährleistet. Doch leider Fehlanzeige!

Digitale Impfpässe und Überwachung

Die Gates- und Rockefellerstiftungen haben die WHO-Richtlinien für die digitalen Impfpässe entworfen und finanziert. Weltweit werden sie mittlerweile eingeführt. Nur mit ihnen soll das öffentliche Leben möglich sein – egal, ob es darum geht, Straßenbahn zu fahren, einen Kaffee zu trinken oder eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Ein Beispiel aus Frankreich zeigt, dass dieser digitale Ausweis auch nach Beendigung der Pandemie bestehen bleiben soll. Die Abgeordnete Emanuelle Ménard hat folgenden Zusatz im Gesetzestext gefordert: Der digitale Impfpass „endet, wenn die Verbreitung des Virus keine ausreichende Gefahr mehr darstellt, um seine Anwendung zu rechtfertigen.“ Ihr Änderungsvorschlag wurde abgelehnt. Damit ist der Schritt hin zur globalen Bevölkerungskontrolle oder gar zum Überwachungsstaat durch Projekte wie ID2020 sehr klein.

Australien testet mittlerweile eine Gesichtserkennungsapp, um sicher zu stellen, das Menschen in Quarantäne zu Hause bleiben. Israel benutzt dafür elektronische Armbänder. In einer italienischen Stadt werden Drohnen zur Temperaturmessung von Strandbesuchern getestet und in Frankreich wird gerade das Gesetz geändert, um Drohnenüberwachung großflächig möglich zu machen.

All diese Themen brauchen einen intensiven und kritischen Austausch innerhalb der Gesellschaft. Doch er findet nicht zur Genüge in der Berichterstattung unserer Rundfunkanstalten statt und war auch nicht Wahlkampfthema.

Verengter Blickwinkel

Die Art und Weise, wie der Blickwinkel des Diskurses verengt wird, ist bezeichnend für die „Gatekeeper der Information“. Ein aktuelles Beispiel liefert

Jan Böhmermann mit seiner Forderung, dem Virologen Hendrik Streeck und Professor Alexander S. Kekulé keine Bühne mehr zu geben, da sie nicht kompetent seien.

Abgesehen davon, dass die beiden Mediziner eine äußerst respektable Vita haben, hat Böhmermann damit die Scheuklappen neu justiert. Sollen jetzt nicht einmal mehr die Menschen gehört werden, die ihre Kritik am Regierungskurs mit Samthandschuhen präsentieren?

Die Einschränkung des Diskurses geht mittlerweile so weit, dass der Bayerische Rundfunk mehrfach bei der Übertragung von Parlamentsdebatten des Landtags die Reden von Abgeordneten, die kritisch zu den Maßnahmen stehen, nicht ausgestrahlt hat.

Sieht so das neue Demokratieverständnis des öffentlich-rechtlichen Rundfunks aus? Alternative Medienplattformen florieren zuallererst, weil die Etablierten ihren Aufgaben als demokratisches Korrektiv nicht mehr nachkommen.

Es ist etwas schiefgelaufen

Lange Zeit konnte ich mit Stolz und Freude sagen, dass ich beim öffentlich-rechtlichen Rundfunk arbeite. Viele herausragende Recherchen, Formate und Inhalte kommen von *ARD*, *ZDF* und dem *Deutschlandradio*. Die Qualitätsstandards sind extrem hoch und tausende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten auch unter erhöhtem Kostendruck und Sparvorgaben hervorragende Arbeit. Doch bei Corona ist etwas schiefgelaufen. Plötzlich nehme ich einen Tunnelblick und Scheuklappen wahr und einen vermeintlichen Konsens, der nicht mehr hinterfragt wird. (10)

Dass es sehr wohl anders geht, zeigt der österreichische Sender *Servus TV*. In der Sendung „Corona-Quartett“ / „Talk im Hanger 7“ kommen Befürworterinnen und Kritiker gleichermaßen zu Wort. Warum soll das im deutschen Fernsehen nicht möglich sein? (11) „Man darf nicht jedem Spinner eine Bühne geben“, lautet die schnelle Antwort. Die *false balance*, der Umstand, dass seriöse wie auch unseriöse Meinungen gleichermaßen gehört werden, müsse vermieden werden. – **Ein Totschlagargument, das zudem unwissenschaftlich ist. Das Grundprinzip der Wissenschaft ist das Anzweifeln, das Hinterfragen, das Überprüfen. Wenn das nicht mehr stattfindet, wird Wissenschaft zur Religion.**

Ja, es gibt tatsächlich eine *false balance*. Es ist der blinde Fleck, der in unseren Köpfen eingekehrt ist, der keine wahrhaftige Auseinandersetzung mehr zulässt.

Wir werfen uns scheinbare Fakten um die Ohren, aber können uns nicht mehr zuhören. Verachtung tritt an die Stelle von Verständnis, das Bekämpfen der anderen Meinung ersetzt Toleranz. Grundwerte unserer Gesellschaft werden hopladihop über Bord geworfen. Hier sagt man: Menschen, die sich nicht impfen wollen, seien bekloppt, dort heißt es: „Schande über die Schlafschafe“. Während wir streiten, merken wir nicht, dass sich die Welt um uns herum in rasender Geschwindigkeit ändert. **So gut wie alle Bereiche unseres Lebens befinden sich in einer Transformation. Wie diese verläuft, liegt maßgeblich an unserer Fähigkeit der Kooperation, des Mitgefühls und des Bewusstseins von uns selbst und unseren Worten und Taten. Für unsere geistige Gesundheit täten wir gut daran, den Debattenraum zu öffnen – in Achtsamkeit, Respekt und Verständnis für unterschiedliche Perspektiven.**
(12)

Diese Zeilen schreibend komme ich mir vor wie ein Ketzer; jemand, der Hochverrat begeht und mit Strafe rechnen muss. Vielleicht ist es gar nicht so. Vielleicht riskiere ich hiermit gar nicht meinen Job, und Meinungsfreiheit und Pluralismus sind nicht gefährdet. Ich wünsche es mir sehr und freue mich über einen konstruktiven Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.

Ole Skambraks ole.skambraks@protonmail.com

Über den Autor: Ole Skambraks, Jahrgang 1979, studierte Politikwissenschaften und Französisch an der Queen Mary University, London sowie Medienmanagement an der ESCP Business School, Paris. Er war Moderator, Reporter und Autor bei Radio France Internationale, Onlineredakteur und Community Manager bei cafebabel.com, Sendungsmanager der Morgenshow bei MDR Sputnik und Redakteur bei WDR Funkhaus Europa / Cosmo. Aktuell arbeitet er als Redakteur im Programm-Management/Sounddesign bei SWR2.

11.Jänner 2020

Stanford Studie mit Top Medizin-Wissenschaftler Ioannidis zeigt keinen Nutzen von Lockdowns

Lockdown ist eine völlig neue Maßnahme, die erstmals von der chinesischen Führung in Wuhan eingesetzt und anschließend massiv im Westen propagiert wurde. Bis dahin wurde die Maßnahme als unwissenschaftlich und schädlich angesehen und auch von der WHO abgelehnt. Es gab bisher schon viele Studien, die den nicht vorhandenen Nutzen aber den immensen Schaden aufzeigen. Nun wird dies auch von Top Stanford Wissenschaftlern John A. Ioannidis und Jay Battacharya nachgewiesen. Der von November über Weihnachten vorläufig bis Ende Januar fortgesetzte Lockdown in vielen Ländern richtet weiteren enormen Schaden an, ohne Einfluss auf das Infektionsgeschehen zu haben.

In der eben veröffentlichten und bereits [begutachteten Studie](#) vergleichen die Autoren Auswirkungen und Wirksamkeit von Maßnahmen mit unterschiedlichem Grad der Strenge. Sie kommen zum Ergebnis, dass die restriktiven Maßnahmen epidemiologisch sinnlos sind, aber enormen Schaden anrichten.

Die Methoden der Bewertung in der Studie

Die restriktivsten nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPIs) zur Kontrolle der Ausbreitung von COVID-19 sind obligatorische Ausgangssperren (stay-at-home) und Betriebsschließungen. Angesichts der Konsequenzen dieser Maßnahmen ist es wichtig, ihre Auswirkungen zu bewerten. In der Studie werden die Auswirkungen von stark restriktiven NPIs (mrNPIs) auf das Wachstum der Epidemiefälle, im Vergleich zu den gering restriktiven NPIs (lrNPIs) bewertet. [...]

<https://tkp.at/2021/01/11/stanford-studie-mit-top-medizin-wissenschaftler-ioannidis-zeigt-keinen-nutzen-von-lockdowns/>

Abstract

Background and Aims

The most restrictive non-pharmaceutical interventions (NPIs) for controlling the spread of COVID-19 are mandatory stay-at-home and business closures. Given the consequences of these policies, it is important to assess their effects. We evaluate the effects on epidemic case growth of more restrictive NPIs (mrNPIs), above and beyond those of less restrictive NPIs (lrNPIs).

Methods

We first estimate COVID-19 case growth in relation to any NPI implementation in subnational regions of 10 countries: England, France, Germany, Iran, Italy, Netherlands, Spain, South Korea, Sweden, and the US. Using first-difference models with fixed effects, we isolate the effects of mrNPIs by subtracting the combined effects of lrNPIs and epidemic dynamics from all NPIs. We use case growth in Sweden and South Korea, two countries that did not implement mandatory stay-at-home and business closures, as comparison countries for the other 8 countries (16 total comparisons).

Results

Implementing any NPIs was associated with significant reductions in case growth in 9 out of 10 study countries, including South Korea and Sweden that implemented only lrNPIs (Spain had a non-significant effect). After subtracting the epidemic and lrNPI effects, we find no clear, significant beneficial effect of mrNPIs on case growth in any country. In France, e.g., the effect of mrNPIs was +7% (95CI -5%-19%) when compared with Sweden, and +13% (-12%-38%) when compared with South Korea (positive means pro-contagion). The 95% confidence intervals excluded 30% declines in all 16 comparisons and 15% declines in 11/16 comparisons.

Conclusions

While small benefits cannot be excluded, we do not find significant benefits on case growth of more restrictive NPIs. Similar reductions in case growth may be achievable with less restrictive interventions.

Prof. John Ioannidis Stanford University, USA **Wissenschaftler zerstört die Corona- Märchen der Regierungen und Eliten**

Ioannidis' unangenehme Wahrheiten: Wissenschaftler zerstört die Corona-Märchen der Regierungen und Eliten

Einer der angesehensten Epidemiologen der Gegenwart publizierte zwei Studien, die mit zahlreichen Corona-Mythen des Mainstreams aufräumen. Dieser schweigt seine Ergebnisse weitgehend tot – wohl, weil sie nicht zum Narrativ der tödlichen Seuche und der Alternativlosigkeit totalitärer Maßnahmen zur „Pandemiebekämpfung“ passen.

Prof. John P. Ioannidis ist nicht irgendwer. Der Statistiker und Epidemiologe gehört zu **den meistzitierten Wissenschaftlern weltweit**. Über 400 Publikationen, zahlreiche Positionen in medizinischen Chefredaktionen und ein Lehrstuhl an der renommierten Stanford-Uni sprechen für sich. Sein kritischer Artikel über mangelnde Qualität und Integrität in der Medizinforschung ist mit über 3 Mio. Aufrufen auf einer offenen Wissenschafts-Datenbank der meistgelesene Fachbeitrag unserer Zeit. **Im Oktober ließ er eine bahnbrechende Corona-Studie folgen.**

Hohes mittleres Todesalter

Darin belegt er, dass die meisten „Corona-Toten“ in Industrieländern an Vorerkrankungen litten. **Auch an den ergriffenen Maßnahmen ließ er kein gutes Haar. Übersterblichkeiten seien oft auf deren Kollateralschäden zurückzuführen, etwa wenn Herzinfarktpatienten**

nicht zum Arzt könnten. Arbeitslosigkeit, Wirtschaftskrisen oder soziale Isolation wirken sich langfristig auf Krankheits- und Todesraten aus: Alleine 1,4 Millionen Tuberkulosepatienten könnten wegen Unterbrechung ihrer Therapien in den nächsten fünf Jahren sterben.

In westlichen Ländern liegt **das durchschnittliche Sterbealter der „Corona-Toten“ auf Augenhöhe mit der Lebenserwartung** – somit bei etwa 80 Jahren. Abweichungen nach unten gibt es nur bei sozial benachteiligten Schichten und ethnischen Minderheiten. Bei der weißen US-Mehrheit liegt der Mittelwert mit 81 Jahren um zwei Jahre darüber. Studien, die behaupten, ältere Corona-Sterbefälle verlören bis zu 11 Jahre Lebenszeit, zieht Ioannidis in Zweifel: Ihre Autoren würden die Lebensumstände missachten.

Gesunde Ältere sterben selten

Zur Untermuerung verglich er die Todesraten der Altersgruppen. Bei gebrechlichen Personen in Pflegeheimen lag sie zwar bei stolzen 25 Prozent. Andere Menschen über 75 Jahren starben nur in zwei Prozent der Fälle, zwischen 65 und 74 Jahren war es ein Prozent. **Statistisch vernachlässigbar waren jüngere Tote: Bei Hochrisiko-Patienten unter 65 Jahren fiel die Sterberate auf 0.2 Prozent, bei gesunden Jüngeren auf 0.01 Prozent.**

Gesamt ergab sich eine Letalität von 0.19 Prozent. Auf diesen niedrigen Wert kam er, obwohl er ihn mangels exakteren Datenmaterials aus uneinheitlich und chaotisch geführten offiziellen Zahlen errechnen musste. **Die oft fehlende Unterscheidung, ob jemand an Corona oder an Vorerkrankungen starb, ist Teil seiner fundierten Kritik.** Die tatsächliche Rate könnte also noch geringer ausfallen.

Wie sich die globale Situation über die nächsten fünf Jahre auswirken könnte, zeichnete er an unterschiedlichen Modellen nach. **Selbst bei einer Durchseuchung der Weltbevölkerung von 60 Prozent würden Corona-Tote hier nur 2,9 Prozent aller Todesfälle ausmachen.**

Lockdown-Kollateralschäden

Dass man im Herbst weltweit offiziell eine Million Tote zählte, schrieb er „Fehlern und schlechtem Management“ zu. **Lockdowns für die gesamte Bevölkerung hätten Personen mit hohem Risiko teils weniger geschützt als solche mit niedrigem Risiko.** Auch zu scharfe Regierungsmaßnahmen könnten „das Leben, die Wirtschaft, die Zivilisation und die Gesamtgesellschaft beeinträchtigen“.

Deren „katastrophale Wirkung“ auf die geistige Gesundheit sei ebenfalls gut dokumentiert. „Viele Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie können ernsthaft zur Destabilisierung beitragen. Hunderten Millionen drohen Hungersnöte und uferlose Arbeitslosigkeit“, so Ioannidis mahnend, aber sachlich. Er geht davon aus, dass sich in der Folge schwere Krankheiten wie Tuberkulose stärker verbreiten. „Effektive, präzise und möglichst wenig einschneidende Maßnahmen“ seien nötig, um dies zu verhindern.

Maßnahmen ohne Wirkung

Zu Jahresbeginn legte Ioannidis mit drei Stanford-Kollegen nach → <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13484> ←
Sie untersuchten die statistischen Auswirkungen der Maßnahmen in zehn Ländern – darunter Südkorea und Schweden, die weitgehend auf Lockdowns verzichteten. Mit einer Ausnahme stellte sich heraus, **dass diese keine Auswirkung auf das Infektionsgeschehen hatten.**

Ihr Resümee: „Nach Abzug der epidemischen Effekte und jener der weniger restriktiven Maßnahmen, fanden wir keinen klaren positiven Effekt strenger Maßnahmen auf die Entwicklung der Fallzahlen in irgendeinem dieser Länder“. **Anweisungen, zuhause zu bleiben oder die Schließung von Unternehmen brächten keinen zusätzlichen Nutzen.** Ähnliche Rückgänge in der Zuwachsrate seien auch mit weniger einschneidenden Maßnahmen wie Empfehlungen schaffbar.

Damit stützte er die Thesen des bekannten Epidemiologen Sucharit Bhakdi, der mit „Corona Fehlalarm?“ einen Bestseller-Erfolg landete. Dieser befürwortet das „schwedische Modell“, das lange mit Eigenverantwortung statt Zwangsmaßnahmen für Aufsehen sorgte. Das Establishment, sonst so auf „die Wissenschaft“ erpicht, rückte aus, um ihn zu diskreditieren. YouTube sperrte seine fachlichen Einwände aus, indem es seinen Kanal löschte. **Ioannidis hingegen straft die Einheitspresse vorerst noch mit Missachtung. Dabei ist die Tragweite seiner Studie enorm.**

Unbotmäßige Forscher

Die beiden sind nicht die einzigen, die an der öffentlichen Erzählung rütteln. **So gab es im November in Wuhan – dem mutmaßlichen Ausgangsort der sogenannten Pandemie – eine wissenschaftliche Untersuchung unter 10 Millionen Menschen. Dabei stellte sich heraus: keine einzige Ansteckung war auf asymptomatische Testpositive zurückzuführen** – was generelle Schließungen und Verbote ein weiteres Mal ad absurdum führt.



„Wir untersuchen die Toten nicht ausreichend“

INTERVIEW MIT KLAUS PÜSCHEL am 4. August 2021

Wie viele Fälle es gibt, in denen Menschen aufgrund ihrer Impfung gegen Corona versterben, ist unklar. Denn nur selten stellen Ärzte einen Zusammenhang zwischen einer kürzlich erfolgten Impfung und Todesfällen her. Klaus Püschel fordert deswegen, dass Obduktionen zum Alltag werden, um mehr über Corona, Impfungen und andere Krankheiten zu lernen.

Formularende

Prof. Dr. med. Klaus Püschel ist emeritierter Professor für Rechtsmedizin und war Institutsdirektor am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dort arbeitet er weiterhin als Seniorprofessor.

Herr Püschel, der Heidelberger Chef-Pathologe Peter Schirmacher geht von einer hohen Dunkelziffer an Verstorbenen aus, die sich zuvor gegen Corona haben impfen lassen, und fordert mehr Obduktionen. Wird in Deutschland zu wenig obduziert, wenn Menschen kurze Zeit nach ihrer Impfung sterben?

Viel zu wenig. Da hat Herr Schirmacher völlig Recht.

Könnte sich bei vermehrt durchgeführten Obduktionen ein Zusammenhang zwischen manchen Todesfällen und einer Coronaimpfung zeigen?

Erst einmal geht es nur um einen zeitlichen Zusammenhang, der untersucht werden muss. Bis dahin ist alles weitere reine Spekulation.

Sie haben am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf relativ früh damit angefangen, Menschen, die an und mit Corona verstorben sind, zu obduzieren. Warum war das so wichtig?

Wer den Charakter, den Verlauf, die Art der Erkrankung kennenlernen will, untersucht am besten die schlimmsten Verläufe, also die tödlichen. Dabei geht es um die genaue Inaugenscheinnahme, das Öffnen des Leichnams, die mikroskopische und virologische Untersuchung der inneren Organe. Das haben wir von Anfang an praktiziert und auch von anderen gefordert. Leider hatten unsere Appelle aber keine große Wirkung.

Warum nicht?

In der Anfangsphase hatten viele die Befürchtung, dass Obduktionen ansteckend sein könnten, und später wurden einfach keine Aufträge erteilt. Das große Problem ist dabei, dass in Deutschland und in anderen Ländern der Tod ein Tabuthema ist.

Viele wehren sich dagegen, dass bei Toten genaue Befunde erhoben werden nach dem Motto: „Lasst den Toten in Würde ruhen!“ Ich finde das aber verkehrt, da es zur Würde des Sterbens dazugehört zu wissen, warum man genau gestorben ist. Es ist meine Meinung, dass wir noch mehr Methoden finden werden, um den Tod zu verhindern oder hinauszuzögern, wenn wir die Toten besser untersuchen. Doch das wird heutzutage immer seltener gemacht.

Weil der Tod ein Tabuthema ist? Oder spielen da auch ökonomische Aspekte hinein?

Auch das Belohnungssystem im Gesundheitsbereich kann da eine Rolle spielen. Ein Arzt kann viel abrechnen, wenn er einen Corona-Kranken auf der Intensivstation behandelt. Aber für eine Obduktion gilt das nicht. Zum Glück gibt es mittlerweile auch einige Forschungsprojekte, unter anderem das, an dem Herr Schirmacher arbeitet. Zur Bekämpfung der Pandemie gehört nämlich auch die Untersuchung der geimpften und coronabedingt Verstorbenen.

Also ist es möglich, dass vermehrte Obduktionen einen höheren Anteil an Toten durch die Impfung belegen?

Das wird ganz klar so sein. Bis jetzt verlassen wir uns auf die Angaben in der Todesbescheinigung, und das Paul-Ehrlich-Institut wertet das dann aus. Aber diese Angaben sind ja keine verlässlichen Sektionsergebnisse.

Herr Schirmacher hat bis jetzt mehr als 40 Obduktionen an Menschen durchgeführt, die kurz nach ihrer Impfung starben. Bei 30 bis 40 Prozent geht er davon aus, dass die Impfung die Haupttodesursache war. Das wäre eine erschreckende Zahl.

Ich teile nicht die Meinung von Herrn Schirmacher bezüglich dieses hohen Prozentsatzes. Ich sage ausdrücklich immer, dass die meisten Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung und nicht infolge der Impfung eintreten. Das sehen wir auch bei den Sektionen, die Professor Benjamin Ondruschka und die Rechtsmediziner am Uniklinikum in Hamburg durchführen. Bis jetzt wurde nur in einem Fall ein Zusammenhang zwischen dem Tod und der Impfung festgestellt.

Trotzdem besitzt Herrn Schirmachers Aussage natürlich einiges an Brisanz angesichts der aktuellen Debatte um die Sicherheit von Impfungen.

Ich prognostiziere, dass wir zu positiven Ergebnissen kommen werden, dass also viele Befürchtungen widerlegt werden können. In der

Hochzeit hat man es geschafft, eine Million Menschen am Tag zu impfen, darunter waren auch viele alte Menschen. Dass einige von ihnen dann sterben, ist ganz natürlich, muss aber trotzdem untersucht werden. Im Endeffekt denke ich aber, dass es kein sehr hohes Risiko gibt und die Impfung in den allerwenigsten Fällen kausal zum Tod führt.

Vermehrte Obduktionen würden aber zumindest Transparenz schaffen und die Datenlage aufbessern, oder?

Genau. Wir sollten nicht glauben, nicht hoffen, sondern einfach wissen. Wir müssen uns das Wissen aneignen und die Ressourcen, um das Wissen zu verbreitern. Wenn man sich überlegt, wie viel Geld im Rahmen der Pandemie schon ausgegeben wurde, da raufe ich mir die Haare, wenn es heißt, dass Sektionen zu teuer seien. Die Kosten für die Obduktionen sind weniger als ein Tropfen auf den heißen Stein und so viel effektiver als manch anderes Mittel.

Was wäre dann genau Ihre Forderung?

Dass jeder, der in einem zeitlich zuvor festgelegten Rahmen nach der Impfung stirbt, obduziert wird. In Hamburg funktioniert das relativ gut, wir haben eine gute Sektionsfrequenz, Kontakt zu

Gesundheitsämtern und Staatsanwälten. Mit etwas Willen wäre das auch an anderen Orten möglich.

Aber wer oder was blockiert denn dann vornehmlich die vermehrten Obduktionen?

Die Gesellschaft, Sie! Ich habe erst kürzlich ein Buch namens „Die Toten können uns retten“ geschrieben. Und das können sie, denn wir können sehr viel von ihnen für das Leben lernen. Es macht mich sauer, wenn Menschen in der Theorie die Sinnhaftigkeit von Obduktionen gut nachvollziehen können, dann aber jegliche Untersuchung ablehnen, wenn es die eigenen Angehörigen trifft. So mit dem Argument, „Großvater soll in Frieden schlafen“. Es sollte aber selbstverständlich sein, dass Tote untersucht werden. Das ist eine Frage der Würde. Ein Toter hat die schlimmste Krankheit, er ist nämlich daran gestorben, aber genau das untersuchen wir nicht weiter. Für ein kaputtes Knie geben wir Tausende von Euro aus, warum nicht für die Toten?

Die Aussage von Herrn Schirmacher wurde von mehreren Seiten kritisiert. So widersprach ihm der Chef der ständigen Impfkommision Mertens und wies darauf hin, dass die bisherige Datenlage nicht auf eine Dunkelziffer an Impftoten hinweise. Aber ist das nicht ein bisschen paradox, denn wie möchte man

denn die These Schirmachers widerlegen, wenn einfach keine Daten für eine evidenzbasierte Aussage zur Verfügung stehen?

Der richtige Weg wäre es, viele Sektionen vorzunehmen, um so belastbare negative Ergebnisse zu erhalten. Thomas Mertens hat recht, wenn er sagt, dass wir nichts wissen. Das liegt aber daran, dass wir die Toten nicht ausreichend untersuchen.

Aber es wurden doch recht schnell Komplikationen festgestellt und öffentlich diskutiert. Ich erinnere da nur an die Sinusvenenthrombose im Zusammenhang mit dem Impfstoff von Astrazeneca.

Die hat man ja auch bei Lebenden schon beschrieben. Aber wenn man so etwas im zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod festlegen will, dann muss man eben auch den Schädel öffnen und den Sinus aufschneiden und nachprüfen, ob da Thrombosen drin sind.

Wenn sich nun die Studienergebnisse von Herrn Schirmacher erhärten und tatsächlich mehr Todesfälle auf Impfungen zurückgeführt werden können, inwiefern wird das die persönliche Risikoabwägung einer Impfscheidung verändern?

Ich kann die genauen Ergebnisse nicht prophezeien. Meiner Einschätzung nach aber ist das Risiko des Todes in Relation zu den positiven Folgen einer Impfung extrem gering.

Würden Sie die Impfung weiterhin empfehlen?

Wenn sich alle Menschen impfen ließen, wären wir in sechs bis acht Wochen ganz einfach mit dieser Pandemie durch. Dann müssten wir gar nicht mehr über all diese Dinge reden, könnten ins Konzert, ins Theater gehen und zum Fußball.

Aber wir würden dann vielleicht auch über die Menschen sprechen, die aufgrund der Impfung Gesundheitsprobleme bekommen hätten oder sogar verstorben wären?

Aber das sind doch wenige. Wir könnten endlich wieder über andere Dinge reden. Wir haben doch Zehntausende von Toten in Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Diese hohen Zahlen und Möglichkeiten der Prävention verlieren wir oft komplett aus dem Blick. Ehrlich gesagt, die Corona-Diskussion nimmt viel zu viel Raum ein.

Der Tod in Italien

<https://www.rubikon.news/artikel/der-tod-in-italien>

In der Corona-Berichterstattung wurden Särge in Bergamo zum Verkaufsargument für die Despotie. von [Michael Ewert](#)

Der Konvoi Militärfahrzeuge, der Särge aus Bergamo transportierte, hat Eindruck gemacht. Das sollte er auch. Deswegen wurden von ihm Bilder gemacht und nicht von den 20.000 Beerdigungen während der Grippewelle 2018. Jetzt tauchten Meldungen auf, nach denen in Italien hochgerechnet aufs ganze Jahr 2020 weniger Menschen gestorben sein werden als in den vergangenen Jahren. Eine nähere Untersuchung des Zahlenmaterials durch den Autor zeigt: Wie die Vorgänge in Italien zum großen Teil dargestellt wurden, kommt einer wissenschaftlichen Bankrotterklärung gleich.

Folgt man dem Link zu der Seite, wo angeblich die Zahlen der in Italien Gestorbenen für die Jahre 2016 bis 2020 notiert sind, kann man alles Mögliche zur Demographie Italiens abfragen. Die Frage, deretwegen man die Seite angeklickt hat, wird allerdings nicht beantwortet (1). Trotzdem war der Hinweis lehrreich — wenn man versucht, die Zahl der in Italien Verstorbenen doch noch zu finden ...

Man stößt auf alles Mögliche. Am beliebtesten sind Vergleiche mit der identischen Periode früherer Jahren. Das italienische *Istat (Istituto Nazionale di Statistica)* nimmt den Zeitraum vom 20. Februar bis zum 31. März und kommt 2020 auf etwa 91.000 Verstorbene. In den Jahren 2016 bis 2019 seien lediglich 66.000 Menschen verstorben, dieses Jahr hätten wir also +25.000 oder 37,9 Prozent mehr. Im Zentrum (etwa Florenz bis Rom) und südlich davon sind die Zahlen etwa gleich, im Norden verhalten sie sich 56.000 zu 32.000 (=+24.000 oder 75 Prozent), davon Lombardei 27.000 zu 11.000 (=+16.000 oder 145,5 Prozent), Bergamo allein 6.238 zu 1.180 (=+5.058 oder 428,6 Prozent) (2).

In dem gewählten Zeitraum vom 20. Februar bis 31. März der Jahre 2016 bis 2019 war in epidemiologischer Hinsicht nichts los. Die Grippesaison in Italien liegt, grob gesagt, im Januar. Im März ist in der Regel alles vorbei. Wenn sich heute ein Unfall im Bahnverkehr ereignet, kann ich dann mit dem Verweis auf den gleichen Tag im Vorjahr oder der letzten fünf Jahre eine Aussage über die Sicherheit der Eisenbahn machen? Natürlich kann ich und komme — in der Regel — auf grandiose Zahlen, aber jeder wird sagen: Moment mal!

Interessanter wäre ein Jahresüberblick. Von 2014 auf 2015 gab es in der Lombardei — ähnlich in ganz Italien — eine Steigerung von 9,1 Verstorbenen pro 1.000 Einwohner auf 9,9, also 8,8 Prozent mehr (3). Das ist weniger als 24,5 Prozent, aber das Jahr 2020 ist ja noch nicht vorbei. Den Grippewellen 2014/15 und 2015/16 in Italien werden 20.259 beziehungsweise 15.801 Tote zugerechnet, für 2016/17 sogar 24.981 (4). Das sind Werte, die mit den jetzigen Zahlen vergleichbar sind, aber für Gesamtitalien nur zu einer Steigerung von 9,8 auf 10,7 je 1.000 Einwohner geführt haben, was ein Plus von 9,2 Prozent bedeutet.

Offenbar wirkt es sich auf den Durchschnittskorridor der Mortalitätsrate nicht sonderlich aus, wenn aus vielen Gründen Geschwächte regelmäßig wiederkehrenden Virusinfektionen nicht gewachsen sind und dann Wochen oder auch Monate früher sterben, als nach der durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Bei *euromomo.eu* sieht man für Italien im April 2020 einen enormen Ausschlag. Was wird aus ihm nächstes Jahr geworden sein? Schon jetzt, Mitte Juni, geht die Kurve in Richtung Untersterblichkeit, weil viele, die — wie in den Jahren zuvor — jetzt sterben würden, bereits gestorben sind. Seltsam ist, dass es in den letzten Jahren mit ihren Grippewellen teilweise große Ausschläge gab, die aber geringer als jetzt ausfielen. Ist die Abweichung vielleicht immer größer bei aktuellen Zählungen? Wie dem auch sei: Was bedeuten sie nun in Bezug auf die Gefährlichkeit des Corona-Virus?

Die Relativität von Zahlen

Die Letalität eines Virus bemisst sich am Verhältnis der Gestorbenen zu den Infizierten. Da kommt man nicht weit, wenn man einen Test, der ohnehin Mängel aufweist, bei Schwerkranken oder Toten anwendet. Misst man bei 10 Menschen positiv und die sind alle tot, erhält man eindrucksvolle Zahlen. Aber das Resultat, eine 100-prozentige Letalität, ist ohne Wert. Um hier zu aussagenkräftigen Daten zu kommen, müsste man eine größere Zufallsgruppe testen, beispielsweise 2.000, besser noch 10.000 Menschen, und dann sehen, wie viele infiziert sind, wie viele Symptome zeigen, wie viele wiederum davon man als erkrankt bezeichnen kann, ins Bett, zum Arzt oder ins Krankenhaus geschickt werden müssen — und wie viele davon sterben.

Messe ich Zehntausend, von denen die Hälfte angesteckt ist und, sagen wir Zehn sterben, beträgt die Letalität 0,2 Prozent. Sie ist also abhängig von der Anzahl der Tests und, nie vergessen, dem „Test“ selber. In jedem Fall liegen, nach allem, was wir wissen, die Werte unter der Letalität einer Grippewelle mit Influenza-Viren. Das klingt nicht so dramatisch. Aber wir haben ja noch die Mortalität, die sich nach der Anzahl der Verstorbenen pro Einwohner bemisst. Hier sehen die Werte in verschiedenen Ländern Europas, aber vor allem in Norditalien bedrohlich aus, nicht hingegen im Rest des Landes, wie wir gesehen haben. Aber was sagen sie genau aus?

In der Gemeinde Nembro bei Bergamo sollen, heißt es, im März 11-mal mehr Menschen gestorben sein als im Vergleichsmonat des Vorjahres, in diesem einen Monat mehr als jeweils in allen vorangegangenen Jahren. Tobias Kurth, Direktor des *Instituts für Public Health* an der Berliner Charité, verwies auf „166“ Tote, von denen „85“ positiv auf SARS-CoV-2-Virus getestet und als Corona-Tote klassifiziert worden seien, „so dass ungefähr die Hälfte der Todesfälle mit COVID-19 in Verbindung gebracht werden konnte.“ Kurth räumte ein, dass nicht alle Tote getestet wurden und vielleicht an etwas anderem gestorben seien. Vielleicht seien auch die Nicht-Getesteten infiziert gewesen. Dann holte er sein Kaninchen aus dem Zylinder: die hohe Zahl „kann [...] eigentlich nur mit der Pandemie in Zusammenhang gebracht werden“ (5). Eigentlich.

Eigentlich ist das die Umschreibung einer Bankrotterklärung. Der Wissenschaftler eines Instituts, das auch sponsorenmäßig mit der Aufregung um das Coronavirus verbunden ist, sagt uns, dass er Zahlen gefunden hat, die zu seinem Leistungsprofil passen.

In einem Interview meinte er:

„Berichte aus Italien deuten darauf hin, dass zumindest in einigen Regionen die Zahl der Menschen, die jetzt sterben und nicht als Coronavirus-Patienten eingestuft werden, ebenfalls zunimmt. Es ist also wahrscheinlich, dass es zu jedem Corona-Toten eine weitere Person gibt, die am Coronavirus gestorben ist, aber nicht als solche erfasst wurde“ (6).

In der Logik der *Charité* gelten also nicht nur von ihr als „Coronavirus-Patienten eingestufte“ Tote als Corona-Tote, sondern zusätzlich noch ein nicht näher bestimmter Kreis unter den „Menschen, die jetzt sterben“.

Nembro hat 11.500 Einwohner und dort sterben jährlich im Durchschnitt etwa 100 Menschen. 2020 seien es zwischen dem 1. Januar und 11. April 194 gewesen. Auch für Marco Piccininni, Kollege von Kurth an der *Charité*, würden die gemeldeten COVID-19-Sterbefälle die „Folgen der Pandemie“ nicht vollständig erfassen: zum einen seien nicht alle Verdachtsfälle labordiagnostisch getestet worden, zum andern sei es möglich, dass Menschen mit anderen Erkrankungen entweder wegen mangelnder Kapazitäten kein Krankenhaus aufsuchen konnten oder es wegen Angst vor Infektionen nicht wollten. Als Ergebnis der mit dem Mailänder *Centro Medico Santagostino* entstandenen Studie hielt er fest:

„während des stärksten Infektionsgeschehens [...] starb noch einmal dieselbe Anzahl an Menschen, wie bekanntermaßen im Zusammenhang mit dem Virus verstorben waren“ (7).

Propagandamythen und Verzerrungen

„Bekanntermaßen im Zusammenhang mit dem Virus“ heißt im Klartext: Man weiß nicht, woran die Menschen gestorben sind. Das wusste man im Grunde auch bei früheren Virus-Epidemien nicht. Man führte eine ziemlich begrenzte Anzahl labordiagnostischer Untersuchungen durch, um den dominierenden Virustyp zu ermitteln. Mittels Hochrechnungen kam man dann auf etwa 25.000 Tote, die durch die Grippewelle 2018 in Deutschland verursacht worden seien. Auch für Italien ergaben sich so vergleichbare Zahlen. Woran die Menschen tatsächlich gestorben sind, hat man nicht 20.000- oder 25.000-mal untersucht. 2020 ist man noch weniger der Frage nachgegangen, woran die Leute in Nembro, Bergamo, der Lombardei oder sonstwo in Norditalien tatsächlich gestorben sind. Am Coronavirus? Mit ihm? Ohne ihn? Welche Untersuchungen gibt es, wie sie zu Tode kamen?

Alle Indoktrinationen, Propagandamythen und ideologische Verzerrungen beruhen darauf, dass nur ein Ausschnitt beleuchtet wird, in dem sich die Meinungen zu bilden hätten.

Nun gilt im Leben generell, dass man nur findet, wonach man sucht. Auch in der Wissenschaft fällt einem nichts in den Schoß. Kant meinte, die Natur antworte nur auf Fragen, die man ihr stelle, und wenn ich die Toten nicht untersuche, werde ich nicht erfahren, weshalb die Menschen ihr Leben lassen mussten. Langer Rede erster kurzer Sinn: Wieso hat man nicht auch nach anderen Viren gesucht? Die der Influenza etwa? Gab es keine anderen? Soll es wirklich dieses Jahr nur Coronaviren gegeben haben? Und was ist mit den gravierenden Vorerkrankungen?

Praktisch alle Toten, nicht nur in Italien, waren sehr alt — der Schnitt liegt bei 80 Jahren — und hatten mindestens eine schwere Vorerkrankung. Dem Präsidenten des *Istituto superiore di sanità* in Rom, Silvio Brusaferrò, waren Anfang März nur zwei Verstorbene bekannt, die keine gravierenden Vorerkrankungen gehabt hätten — und selbst bei denen seien die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen gewesen. Fast die Hälfte der Toten hatte drei schwere Vorerkrankungen (8).

Damit soll nicht gesagt sein: „Na gut, dann sterben die halt“, sondern dass es sehr schwer ist, diesen Personenkreis vor Viren, egal welchen, zu schützen. Der Chef der Hamburger Rechtsmedizin Klaus Püschel erklärte, alle Toten, „die wir bisher untersucht haben, hatten Krebs, eine chronische Lungenerkrankung, waren starke Raucher oder schwer fettleibig, litten an Diabetes oder hatten eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.“ Da sei das Virus der letzte Tropfen gewesen, der das Fass zum Überlaufen brachte (9). Der Befall mehrerer Organe wie Herz, Nieren, Gehirn konnte laut Wolfgang Wodarg erwartet werden (10).

In Deutschland hatte sich das *Robert Koch-Institut* (RKI), das dem Bundesgesundheitsministerium untersteht, gegen Autopsien ausgesprochen. Mit ihnen wäre man auch den Folgen von Fehlbehandlungen auf die Spur gekommen. Viele Patienten waren einer prophylaktischen Medikation mit experimentellem Charakter ausgesetzt. Eine ganze Reihe von Arzneimitteln steht im Verdacht, bei Viruserkrankungen lebensgefährlich zu sein, ebenso die oft regelhaft und voreilig, zu Lasten palliativer Maßnahmen angewandte Überdruckbeatmung mit hohem Sauerstoffanteil, ein Königsweg zu Tod oder Schwerstbehinderung (11).

In diesem Zusammenhang müsste Meldungen nachgegangen werden, nach denen im Spätherbst 2019 in den Provinzen Bergamo, wozu Nembro gehört, und Brescia im Rahmen einer Grippe-Impfkampagne 154.000 Behandlungen durchgeführt wurden, davon 129.000 an Personen über 65 Jahren. Laut Dolores Cahill, irische Immunologin, selbst beteiligt an der Impfstoffentwicklung, sei gegen Influenza und Meningokokken ein 4-valenter Grippe-Impfstoff verwendet worden, der mit Coronaviren infiziert war. Das wäre zu dramatisch, um es — wie es geschieht — als Gerücht abzutun oder als irrelevant hinzustellen.

Im Fokus sollen Personen mit chronischen Erkrankungen gestanden haben. Damit wäre exakt jener Personenkreis betroffen, der hauptsächlich während der Epidemie verstarb. Die Gründe, diesem Aspekt nicht nachzugehen, könnten denen ähneln, die Toten sofort, was in Italien selten praktiziert wird, zu verbrennen — und mit ihnen mögliche Entschädigungsklagen gegen den Staat. Die Pharmaindustrie lässt sich, wichtig auch für die Zukunft, bei solchen Programmen von jeglicher Haftung befreien, was einem Freibrief für Großversuche gleichkommt.

Zusätzliche Faktoren

Zu den Erklärungen, weshalb Viren gerade in Norditalien leichtes Spiel hatten, kommen noch die Verseuchung des Trinkwassers mit Legionellen, die 2018 von den Behörden angesichts einer beunruhigenden Vielzahl von Lungenentzündungen als möglicher Grund erwogen wurde (12), sowie eine Asbestverseuchung, von der 2009 die Umweltorganisation WWF prophezeit hatte, klassische Folgeerkrankungen wie die sogenannte Staublunge, Lungen-, Herzbeutel- oder Bauchfellkarzinome würden zwischen 2015 und 2020 auftreten (13).

Italien besteht aus mehr als Chianti, Pizza und Opernarien. An chronischen Erkrankungen der Atemwege bis hin zu Lungenentzündungen, die gravierend das Immunsystem schwächen, sterben jedes Jahr zwischen 70.000 und 80.000 Menschen. Schon in den letzten zwei Monaten des Jahres 2019 sind in Norditalien vermehrt Menschen an schweren Lungenentzündungen erkrankt. Verantwortlich neben dem Rauchen ist die hohe Luftverschmutzung. Ganz Italien ist davon betroffen, aber dramatisch ist die Lage im Norden. Bei der Lombardei denken die meisten vielleicht an den Mailänder Dom, die Scala und den Comer See, die wenigsten wohl an das Drecksloch Europas. Ähnlich schlimm sieht es im Großraum Madrid aus sowie in den Ballungszentren Paris und London, auch in Wuhan und New York. In der Lombardei ist vor allem betroffen das Dreieck Lodi, Brescia und Bergamo, von dem Nembro gute zehn Kilometer entfernt ist.

96 Prozent aller zusätzlichen Todesfälle in Italien im Zeitraum vom 20. Februar bis 31. März haben sich im Norden zugetragen, 64 Prozent nur in der Lombardei und gute 20 Prozent allein in der Provinz Bergamo.

Wenn wir es mit einem sehr aggressiven, heimtückischen Virus zu tun haben, wie ist es zu erklären, dass seine Opfer so ungleichmäßig verteilt sind?

Wieso gab es, nachdem es überall verbreitet war — und die schnelle Verbreitung soll eines seiner heimtückischsten Merkmale sein —, nicht überall gleich viel Tote? Nicht einmal in Italien? Für ganz Europa gilt, dass eine virusbedingt unterschiedliche Mortalität bei so enger Nachbarschaft sehr eigentümlich wäre.

Sollte es da nicht ratsam sein, sich nicht allzu auf das Virus zu konzentrieren? Für Robert Koch, der offenbar in Vergessenheit geratene Namensgeber des RKI, war das Bakterium nichts, entscheidend der Wirt. Dieser Meinung war auch Louis Pasteur: „Das Bakterium ist nichts, das Milieu ist alles.“ Der Sozial- und Umweltmediziner Max von Pettenkofer trank im Jahr 1892 öffentlich eine Flüssigkeit voller Choleraabzillen. Er wollte demonstrieren, dass die Lebenswelt der Menschen entscheidend sei für eine Erkrankung an Cholera. Und tatsächlich, meint Ellis Huber, „die Infektionskrankheiten wurden nicht durch die Segnungen der Medizin, sondern durch die gesellschaftliche Entwicklung gesunder Lebensverhältnisse besiegt!“ (14).

Jede Geschichte hat eine Vorgeschichte. Sich für sie zu interessieren, zeichnet Integrität, Fortschritt und Moral einer Gesellschaft aus. Die Absicht, sie außer Acht zu lassen, pflastert den Weg hin zu Indoktrination, Manipulationen und Propaganda. In dieser Art von Realität sind wir nicht bei uns, sondern außer uns, weil wir in Abhängigkeit geraten von Dingen, die wir nicht als eigenes Produkt begreifen. Bei der Untersuchung der Gefährlichkeit eines Virus besteht das Versagen darin, von den Bedingungen zu abstrahieren, die verantwortlich sind für seine Fähigkeit, eine Erkrankung auszulösen. Hier wäre im wesentlichen die Schwächung des Immunsystems zu nennen, was ich unterlassen werde, will ich eine uns alle bedräuende Gefahr, der wir nur zum Preis horrender Einschränkungen nicht schutzlos ausgeliefert sind, als übermächtiges Gespenst an die Wand malen.

Selbst wenn man die offizielle WHO-Bezeichnung „Covid-19-Verstorbene“ übernimmt, kommt man für Gesamtitalien im Vergleich zu „normalen“ Grippewellen nicht zu markanten Abweichungen (15). Aber in ideologiekritischer Hinsicht sind die Verfälschungen noch gravierender, denn der Bezeichnung „Covid-19-Verstorbene“ kommt vornehmlich die Aufgabe zu, das Gefährdungspotenzial zu verdecken, dem wir permanent ausgesetzt sind. Andernfalls wäre das ganze Erklärungsmodell des Coronavirus und des Alptraums, der mit seiner Hilfe inszeniert wird, beschädigt. Sichtbar würde auch das ganze Ausmaß staatlichen Versagens, nicht nur in Italien.

Wenn wir die Lebensumstände wie Stress und Bewegungsarmut bei Seite lassen, kommt man bei ungesunder Ernährung dem Problem bereits näher. Dazu zählen die Förderung von Produktion und Import pestizidbelasteter Ramschware und die unzureichende Kontrolle industrieller Fertigprodukte. Eklatant ist es beim Totalausfall effektiver Maßnahmen gegen die Luftverschmutzung durch den Autoverkehr. Experten warnen seit Jahrzehnten vor den Gefahren von Stickstoffoxiden, giftigen Partikeln, Sulfat, Nitrat, Ruß, Feinstaub et cetera. Sie führen nachweislich zu chronischen Atemwegserkrankungen und erhöhen dramatisch das Risiko von Lungenkrebs und Schlaganfällen.

Abgesehen von einer gemeingefährlichen Struktur- und Verkehrspolitik bestand der Beitrag der Politik darin, den Betrug der Autokonzerne an den Abgaswerten erst zuzulassen und dann ohne juristische Folgen zu gestalten. Der Rest hielt sich im Rahmen von Absichtserklärungen. Vorbildlich wurden sie auf der „Klimakonferenz“ 2015 in Paris ungestört von dank „Notstandsgesetzen“ verbotenen Massendemonstrationen inszeniert. Politik wie Medien waren begeistert.

Auf sie ist Verlass, wobei nicht zum ersten Mal an Stelle einer systematischen Zerstörung unserer Gesundheit die Gefährlichkeit eines Virus herausgestellt wurde. 2005/6 bereicherten sich die Pharmagiganten an der nie eingetretenen Vogelgrippe-Epidemie.

Der damalige Impfdirektor der WHO, Klaus Stöhr, prophezeite „sieben Millionen Tote“. Das war ins Blaue fantasiert, aber es entsprach dem Anforderungsprofil für einen Posten bei Novartis, den er 2007 antrat.

Modell für das jetzige Szenarium war die Aufregung um die drohende Schweinegrippe 2008/9. Sie spülte Milliarden in die Kassen der Konzerne. Die entsprechenden Tests für ZIKA, MERS und SARS wurden von Christian Drosten und Team an der Charité entwickelt. Es kümmerte kein Schwein. Daraufhin änderte die WHO die Definition einer Pandemie.

Waren vor 2009 die schweren Krankheitsverläufe und Todesfälle mit weltweiter Überlastung der Gesundheitsversorgung entscheidend, ob eine Pandemie ausgerufen wurde, orientiert man sich seitdem an der Anzahl der Infizierten beziehungsweise der Ausbreitung eines Virus. Doch daraus lässt sich nicht die Gefährlichkeit eines Erregers ableiten, sondern nur die Geschwindigkeit seiner Verbreitung. Normalerweise wird das Immunsystem mit ihm fertig, was zum einen nicht im Sinn des Geschäftsmodells der Pharmaindustrie ist.

Zum anderen müsste eine verantwortungsvolle Politik alles unterlassen, was das Immunsystem schwächen, und alles fördern, was es stärken könnte. Da gäbe es viel zu tun, was der US-Präsident und der britische Premierminister wussten, als sie zunächst die Covid-19-Erkrankungen mit einer Grippewelle verglichen. Sie hatten Recht: Für ihre Länder mit den desaströsen Lebensbedingungen und einem verrotteten Gesundheitssystem ist keins von beiden zu bewältigen. Hiermit sind wir wieder in Nembro gelandet.

Wenn in den einzelnen Ländern das Virus offiziell ganz unterschiedliche Opferzahlen bedingt und die desaströsen Totalrestriktionen nicht einmal annähernd ähnliche Resultate gezeitigt haben, hätte sich die *Charité* in ihrer Studie weniger um „die Auswirkungen der Pandemie auf das dortige Gesundheitssystem“ kümmern sollen. Doch den Herren von der schnellen Impfpfuppe mussten sich sämtliche Injektionsnadeln sträuben, die Pandemie nicht wie einem Erdbeben gleich als ein Naturereignis zu betrachten, das über die Menschheit hereinbricht. Es war jenseits ihrer Vorstellungskraft, umgekehrt in den Auswirkungen des dortigen Gesundheitssystems auf die Pandemie eine rationale Lösung des Mysteriums der hohen Anzahl der Toten zu sehen. Sie verleitete, mit den Marxschen Feuerbachthesen zu sprechen, „die Theorie zum Mystizismus“, der in unseren Tagen die Gestalt eines Virus angenommen hatte.

Todesstoß für das Gesundheitssystem

Die „menschliche Praxis“, die Marx hervorhebt, besteht nicht nur aus dem kapitalistisch-industriellen Wüten gegen die Welt, die uns ganz sinnlich umgibt und schädigt, sondern auch aus dem multiplen Organversagen,

das wir den politischen Agenten dieser Raserei verdanken. Das italienische Gesundheitssystem, bis in die 1970er Jahre eins der besten der Welt, wurde der öffentlichen Daseinsvorsorge entzogen und ab den 1990ern zunächst wegen der Auflagen zur Euro-Einführung, dann ab 2009 auf Druck der EU, das heißt Deutschlands, zum Erhalt der Kreditwürdigkeit „Reformen“ durchzuführen, kaputt gespart (16). Mario Monti, ehemals *Goldman&Sachs*, gleichsam kommissarisch eingesetzt als Vorstand einer „Technokraten“-Regierung, gab den Todesstoß.

Es klingt wie eine Anekdote, dass ich durch einen Link auf einen Artikel im Mailänder *Corriere della Sera* von 2018 aufmerksam wurde, der die katastrophalen Zustände an dortigen Krankenhäusern während der Grippewelle Januar 2018 beleuchtete. Beim Lesen dachte ich sofort, oh Gott, die Verbreiter des Links haben sich geirrt, sie haben es mit einem Artikel von 2020 verwechselt. Irritiert scrollte ich zum Datum: Doch, es war tatsächlich 2018. Die Rede war von den Schwierigkeiten, überhaupt noch Patienten aufnehmen zu können, abgesagten Reservierungen von Intensivbetten für Patienten, die operiert werden sollten, Rückrufen medizinischen Personals aus dem Urlaub und einem Appell der Ärzte an die Regionalregierung (17).

Meine bescheidenen Erfahrungen mit italienischen Ärzten sind durch die Bank hervorragend. Sie können nichts dafür, dass ein politisches Komplott sie schachmatt gesetzt hat. Ergebnis ist ein Gesundheitssystem für lukrative Krankheiten, Gelati am Strand und Aperitivo auf der Piazza. Dazwischenkommen darf nichts. Jeder Virenfall ist ein Ernstfall, den die Menschen bitter bezahlen müssen. Das war dieses Jahr nicht anders: Eine überalterte Bevölkerung wird zum Opfer chronischer Unterversorgung, der Enge ihrer Wohnverhältnisse, der höchsten Antibiotikaresistenz Europas und sehr vieler tödlicher Erkrankungen in Folge von Infektionen im Krankenhaus. Neu 2020 war der SARS-CoV-2-Befund, der zwar die weiterhin gefährlichere Influenza aus dem Blickfeld drängte, aber besser dazu genutzt werden konnte, von den Defekten einer kapital- und renditeorientierten Medizin abzulenken.

Alle Länder mit hohen Zahlen an Verstorbenen wie Italien, Spanien, Frankreich, Großbritannien, Schweden oder die Niederlande sind — bis auf die Niederlande — Staaten mit einem kaputt gesparten Gesundheitssystem und haben — bis auf Schweden — mit rigiden Restriktionen und Ausgangssperren zusätzlich alle Strukturen in Panik und Chaos gestürzt. Niemand aus den offiziellen Stellen interessiert sich dafür, wie viel Schaden ihr Desastermanagement angerichtet hat. Das ist verständlich, denn wir reden nicht von einem desaströsen Management, sondern einem Management, das *per se* ein Desaster produzieren musste. Damit sind noch gar nicht wirtschaftliche Schäden gemeint, sondern Tote.

Die Schätzungen reichen allein in Deutschland von 5.000 bis 125.000 durch vermiedene, verhinderte oder aufgeschobene Arzt- oder Krankenhaustermine und Operationen.

In Italien war die Lage noch dramatischer, gerade in der Lombardei, wo mangels Krankenhauskapazitäten positiv Getestete in Altenheimen untergebracht wurden. Dort trafen sie auf eine Hochrisikogruppe, denen wie auf dem Präsentierteller Gefahren offeriert wurden, vor denen sie bei jeder Infektionswelle hätten geschützt werden müssen. Die Tragödien, die sich abspielten, waren Tragödien mit Ansage.

In der Lombardei sind Tausende Alte gestorben, alleingelassen sowohl vom Pflegepersonal, das verängstigt auch durch die Erwägungen von Grenzsicherungen in die Heimatländer floh, wie von den Angehörigen, die eingesperrt in ihren Wohnungen wegen der Schließung von Kindergärten und Schulen sich um ihre Kinder kümmern mussten. „Im Einzugsgebiet Mailands waren nach Abflachen der ersten großen Infektionswelle Ende April von insgesamt 13.645 Heimbewohnern 2219 Personen mit Covid-19 (871) oder ungetestet mit Covid-19-ähnlichen Symptomen (1348) gestorben. [...] Insgesamt starben von Ende Februar bis Ende April 27 Prozent der Mailänder Heimbewohner — anstatt der üblichen zehn bis zwölf Prozent in früheren Vergleichszeiträumen“ (18).

Ein Blick auf andere europäische Länder

England und Wales verzeichnete im April 2020 bei Demenz- und Alzheimerpatienten mehr als 8.000 Verstorbene über dem Durchschnitt (19). In Schweden, wo auf die drakonischen Restriktionen der meisten europäischen Länder verzichtet wurde, starben fast drei Viertel der Toten in Altersheimen, die, privat geführt, elementarste Sicherheitsvorkehrungen nicht eingehalten haben. Die Verstorbenen waren zumeist sehr alt — im Schnitt 86 — und durch schwere Krankheiten geschwächt. Sie wären leider, sagt man, mit Sicherheit im Laufe des Jahres gestorben, was zu einer Untersterblichkeit führen müsste. In fünf europäischen Ländern starben zwischen 42 und 57 Prozent aller Toten, die man Covid-19 zugeschrieben hat, in Altenheimen (20).

In Nembro wird es nicht viel anders ausgesehen haben. Einzelheiten werden wir von Organisationen und Institutionen, die wie die Charité sehr partielle Interessen verfolgen, nicht erfahren. Wir werden es nie erfahren, wenn wir allen Ernstes von Mortalitätsraten eine Klärung darüber erwarten, wie gefährlich ein Virus ist. Die vielen Toten in Brescia, Lodi und vor allem in Bergamo sind ein Grund zur Beunruhigung. Man sollte aber die Verantwortlichen nicht mit der Ausrede davonkommen lassen, ein Virus habe gewütet. Gewütet haben andere.

Das Coronavirus wurde zum Vorwand genommen, die Bevölkerung in Deutschland und noch mehr in Italien mit diktatorischen und despotischen Restriktionen in die Schranken zu weisen. Ihr vorgeblicher Segen für die drangsaliierten Schäfchen ist in keiner Weise belegt: In Deutschland nahm die Zahl der Infizierten schon vor dem Inkrafttreten der Maßnahmen ab, in Italien schnellte die Zahl der Toten danach in die Höhe. Zu dem Argument, dass es ohne sie eben noch viel schlimmer gekommen wäre, fällt einem nur ein Witz ein: Geht ein Mann zum Arzt und erklärt, er sei erkältet. Darauf der Arzt: „Ich fürchte, wir müssen ein Bein abnehmen.“ Gesagt, getan. Zwei Wochen später fragt der Arzt: „Und? Erkältung weg?“ — „Sehen Sie? Da haben wir nochmal Glück gehabt!“

Glück gehabt hat auch Japan, das keine Restriktionen einführte und von allen G7-Staaten die wenigsten Toten zu beklagen hat. Weniger Glück hatten die Lombarden, die Opfer einer nasokomialen Infektion wurden, das heißt einer Infektion, die sie sich als Geschwächte eingehandelt haben. Mit Abstand größter Gefährdungsort waren und sind neben den Altenheimen die Krankenhäuser, ohnehin bekannt-berühmte Herbergen vieler resistenter Keime. Die Qualität eines öffentlichen Gesundheitswesens zeigt sich auch in der abgestuften Zusammenarbeit von Betreuung, häuslicher Pflege, hausärztlicher Behandlung, fachärztlicher Beratung, ambulanter Versorgung und stationärer Übernahme der vorübergehend intensiver zu behandelnden Patienten.

Diese Abläufe müssen eingeübt werden (21). Ansonsten wird jeder Ernstfall zur Katastrophe. Sie besteht in einem Übermaß an Fehleinweisungen in Kliniken mit all den Risiken insbesondere für Alte und Gebrechliche. Ohnehin Geschwächte werden zusätzlich durch Notbehandlungen erheblichen, für diese Bevölkerungsgruppe oft tödlichen Gefahren ausgesetzt. Sie wurden noch potenziert durch einen eklatanten Mangel an Schutzmaßnahmen für das Personal in den Krankenhäusern. Auch die Angestellten in Altenheimen wurden zu wandelnden Infektionsherden — in Neapel weniger als im Veneto, im Veneto weniger als in der Lombardei, wie sich an der Zahl der Infektionen, Erkrankungen und Todesfälle ablesen lässt. Die Lombardei produzierte einen Alptraum, mit dem Demagogen nun ihr gesponsertes Süppchen kochen.

Sinnvolle Maßnahmen ergeben sich von hier aus von selbst, sinnlose ebenfalls. Die verordnete Despotie wirkte sich zwar ruinös auf Millionen Menschen in den Industriestaaten und Milliarden in den ärmeren Ländern aus, hat mit der Virusbekämpfung aber nichts zu tun. Nicht von ungefähr haben sie in den einzelnen Ländern vollkommen unterschiedlich „gewirkt“ beziehungsweise nicht gewirkt — „gewirkt“ im Sinn einer Reduzierung der Ansteckungsgefahr. Lediglich in Bezug auf die Erzeugung von Ängsten, Depression, Stress und Panik mit entsprechender Häufigkeit eines tödlichen Ausgangs haben sie gewirkt. Überall gleich, gelegentlich gleicher in Ländern wie den USA mit 40 Millionen Arbeitslosen und einem praktisch fehlenden Sozialsystem.

Unterschiedliche Bedrohungsszenarien

Die Maßnahmen zu begründen, diente das Corona-Virus. Der Betrug bediente sich gleicher Methoden, nur mit veränderten Vorzeichen: In Ländern mit wenig „Corona-Toten“ konstruierte man eine hohe Letalität und schloss daraus auf eine katastrophale Mortalität, die es zu vermeiden gelte; in Ländern, in denen man auf viele

Tote verweisen konnte, schob man zusätzlich eine hohe Mortalität ins Rampenlicht und leitete daraus mit noch größerem Nachdruck eine alles Leben bedrohende Letalität ab.

Der Coup gelang dank einer Kooperation zwischen Konzernen, milliardenschweren „Philanthropen“, die wie Investoren agieren, ihren politischen Agenten, die im wesentlichen die vermeintlich demokratischen Apparate bevölkern, und Medien, den Anzeigenblättern ihrer Kapitaleigner.

Das wird uns noch beschäftigen und in Atem halten, falls sich Corona als indoktrinierte Metapher etabliert, die wie „9/11“ als Begründungsmythos für eine unheilvolle Entwicklung der Herrschaftspolitik fungiert.

Schon jetzt lässt sich beobachten, dass ein krankhaftes System immunisiert werden sollte. Sein mit allen Mitteln gefördertes Geschäftsmodell macht krank und wird jetzt noch intensiver fortgesetzt werden, nach dem Motto: „Die Wirtschaft muss wieder in Schwung kommen.“ Gleich geblieben sind all die Probleme wie Luftverschmutzung, groteske Fehlinvestitionen im Verkehrswesen, Arbeitsbedingungen mit Stress, Hetze und Niedriglöhnen, Zukunftsängste, belastete Lebensmittel et cetera. Für die Bekämpfung von Viren ist es nicht zu spät. Effektiv wären die gleichen Maßnahmen, mit denen man auch schon früher hätte anfangen können — in den Jahrzehnten, in denen die chronischen Erkrankungen der Atemwege auch verbunden mit Rauchen, Krebs, Hepatitis, Dickleibigkeit und sonstige „Zivilisationskrankheiten“ entstanden sind.

Keine Hilfe kann von dem gigantischen Impfprogramm erwartet werden, das in Aussicht gestellt und angedroht wird, außer für die Pharmaindustrie und die sonstigen Investoren. Das Programm wird mit Milliardenbeträgen von staatlichen Stellen finanziell unterstützt, die bei hervorgerufenen Schäden, die angesichts des neuen, genbasierten Materials und der zugestandenen „Verkürzung“ der Entwicklungsphase vorprogrammiert sind, die Produzenten von Haftungsansprüchen freistellen. Auch diese Opfer würden nicht in Militärkonvois zu Krematorien gefahren. Schon gar nicht würde es im Fernsehen übertragen werden.

Die permanente Anstrengung, die Verstorbenen in Italien in den grellen Vordergrund zu schieben, dient dem Interesse dominanter Kräfte, die Gründe zu verdunkeln, die Menschen zu Opfer von Virusepidemien werden lassen. Die restriktiven Maßnahmen sollten zusätzlich die Bevölkerung einschüchtern, verängstigen und paralisieren. Dieses Vorgehen ist im Rahmen von Bemühungen zu sehen, Leichentücher des Schreckens über die tatsächlichen Mechanismen einer Virus-Epidemie zu legen. Zu ihrer Analyse gedachte man, uns mit Methoden zu beglücken, die nur einen Vergleich mit Kaffeesatzleserei nicht zu scheuen brauchen. Wenn die Statistiken im Laufe des Jahres bereinigt sind, dürften sie auch für Italien einige Überraschungen bereithalten — zumindest für jene, für die es eine Überraschung ist, dass sie überhaupt noch leben.

Quellen und Anmerkungen:

- (1) s. italiaora.org.
- (2) s. Istat 4. Mai 2020 [istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf](https://www.istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf).
- (3) s. Lombardia Statistische Report November 2019 [polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/ba448ee2-3052-40b7-9d5b-c6382bc57176/190414STA_Statistiche+Report+-2019+-+Demografia+lombardia+nel+2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ba448ee2-3052-40b7-9d5b-c6382bc57176-mWE2Yxz](https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/ba448ee2-3052-40b7-9d5b-c6382bc57176/190414STA_Statistiche+Report+-2019+-+Demografia+lombardia+nel+2018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-ba448ee2-3052-40b7-9d5b-c6382bc57176-mWE2Yxz).
- (4) s. International Journal of Infectious Diseases 8. Aug. 2019 [ijidonline.com/article/S1201-9712\(19\)30328-5/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(19)30328-5/fulltext).
- (5) s. deutschlandfunk.de/coronavirus-in-italien-sterblichkeit-in-stark-betroffener-676.de.html?dram:article_id=476912.
- (6) Charli Shield / Zulfikar Abbany, Epidemiologe Kurth: Corona-Zahlen sind nicht vergleichbar [Interview], Deutsche Welle 2. Apr. 2020 [dw.com/de/epidemiologe-kurth-corona-zahlen-sind-nicht-vergleichbar/a-52972246](https://www.dw.com/de/epidemiologe-kurth-corona-zahlen-sind-nicht-vergleichbar/a-52972246).
- (7) s. Norditalien: COVID-19-Sterbezahlen bilden Auswirkungen der Pandemie nur unvollständig ab, [charite.de/service 15](https://www.charite.de/service/15). Mai 2020.
- (8) Coronavirus: Iss, in Italia i decessi accertati finora per causa del Covid-19 sono solo due, [agenzia-nova.com/a/5ef6bcf1d7fbc3.23491954/2851060/2020-03-13/coronavirus-iss-in-italia-i-decessi-accertati-finora-per-causa-del-covid-19-sono-solo-due](https://www.agenzia-nova.com/a/5ef6bcf1d7fbc3.23491954/2851060/2020-03-13/coronavirus-iss-in-italia-i-decessi-accertati-finora-per-causa-del-covid-19-sono-solo-due).
- (9) Olaf Wunder, „Ohne Vorerkrankung ist ein Covid-19 noch keener [sic] gestorben“. Rechtsmediziner Professor Klaus Püschel über seine ersten Erkenntnisse, [Hamburger Morgenpost](https://www.hamburger-morgenpost.de) 3. Apr. 2020.
- (10) s. Wolfgang Wodarg, Aufgebauchtes Risiko. Überdurchschnittliche Gefahren durch Covid-19 für Herz, Nieren, Gehirn und andere Organe sind reine Spekulation, [RUBIKON](https://www.rubikon.news/artikel/aufgebauchtes-risiko) 28. Mai 2020 [rubikon.news/artikel/aufgebauchtes-risiko](https://www.rubikon.news/artikel/aufgebauchtes-risiko).
- (11) s. Konstantin Demeter / Torsten Engelbrecht, Fatale Therapie. Die Behandlung von positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Patienten mit hochtoxischen Medikamenten und riskanten Intubationen kann tödlich sein, [RUBIKON](https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie) 28. Mai 2020 [rubikon.news/artikel/fatale-therapie](https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie).
- (12) s. Deutsches Ärzteblatt 10. September 2018: Vielzahl an Lungenerkrankungen beunruhigen Behörden in Norditalien [arztblatt.de/nachrichten/97750/Vielzahl-an-Lungenerkrankungen-beunruhigen-Behoerden-in-Norditalien](https://www.nachrichten.97750/Vielzahl-an-Lungenerkrankungen-beunruhigen-Behoerden-in-Norditalien); Nadine Tröbtscher, Erhöhen Legionellen die Todesrate einer Corona-Infektion? [apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/coronavirus/erhoehen-legionellen-die-todesrate-einer-corona-infektion/](https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/coronavirus/erhoehen-legionellen-die-todesrate-einer-corona-infektion/).
- (13) s. Anette Langer, „Nun sind alle krank“. Asbest-Prozess in Italien, [SPIEGEL](https://www.spiegel.de/panorama/justiz/asbest-prozess-in-italien-nun-sind-alle-krank-a-666421) 10. Dezember 2009 [spiegel.de/panorama/justiz/asbest-prozess-in-italien-nun-sind-alle-krank-a-666421](https://www.spiegel.de/panorama/justiz/asbest-prozess-in-italien-nun-sind-alle-krank-a-666421).
- (14) Ellis Huber, Das Virus, die Menschen und das Leben. Das Corona Virus im Vergleich zur alltäglichen Gesundheitsversorgung, [fels-maris.de/MARIS-WP/wp-content/uploads/E-Huber-Corona-und-Gesundheitswesen-26.3.20_.pdf](https://www.fels-maris.de/MARIS-WP/wp-content/uploads/E-Huber-Corona-und-Gesundheitswesen-26.3.20_.pdf).
- (15) s. Hans Springstein, Die Zahlenmystiker. Das von der Politik exekutierte Katastrophenszenario beruht auf falschen Daten und hat verheerende Folgen, [RUBIKON](https://www.rubikon.news/artikel/die-zahlenmystiker) 19. Mai 2020 [rubikon.news/artikel/die-zahlenmystiker](https://www.rubikon.news/artikel/die-zahlenmystiker).
- (16) s. nur das Interview von Sara Zanisi mit Vittorio Agnoletto, Öffentlich-Privat (ÖPP) im Gesundheitssystem. Das abschreckende Beispiel der Lombardei, [Sozialistische Zeitung](https://www.sozialistische-zeitung.de/2020/06/oeffentlich-privat-oep-pp-im-gesundheitssystem/) 06/2020 [sozialistische-zeitung.de/2020/06/oeffentlich-privat-oep-pp-im-gesundheitssystem/](https://www.sozialistische-zeitung.de/2020/06/oeffentlich-privat-oep-pp-im-gesundheitssystem/) oder Albrecht Goeschel, Die Italien-Keule. Über Monate wurden mit Verweis auf Bergamo fahrlässig fehlerhafte Analysen verbreitet und Corona-Panik geschürt, [RUBIKON](https://www.rubikon.news/artikel/die-italien-keule) 10. Juni 2020 [rubikon.news/artikel/die-italien-keule](https://www.rubikon.news/artikel/die-italien-keule).
- (17) s. Simona Ravizza, Milano, terapie intensive al collasso per l'influenza: già 48 malati gravi molte operazioni rinviate, [Corriere della Sera](https://www.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-15d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml) 10. Januar 2018 [corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-15d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml](https://www.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-15d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml).
- (18) Teso La Marca, Covid-19: Ausgelieferte Altenheime, [telepolis](https://www.telepolis.it/tp/features/Covid-19-Ausgelieferte-Altenheime-4771968) 3. Juni 2020 [heise.de/tp/features/Covid-19-Ausgelieferte-Altenheime-4771968](https://www.telepolis.it/tp/features/Covid-19-Ausgelieferte-Altenheime-4771968).
- (19) s. Hannah Devlin, Extra 10,000 dementia deaths in England and Wales in April, [the Guardian](https://www.theguardian.com/world/2020/jun/05/covid-19-causing-10000-dementia-deaths-beyond-infections-research-says?fbclid=IwAR2LYmkZk97BGgm6XvSLLHE77izDFD7LK0VPE7sWvKfPvK-71IaMnpUraE) 5. Juni 2020 [theguardian.com/world/2020/jun/05/covid-19-causing-10000-dementia-deaths-beyond-infections-research-says?fbclid=IwAR2LYmkZk97BGgm6XvSLLHE77izDFD7LK0VPE7sWvKfPvK-71IaMnpUraE](https://www.theguardian.com/world/2020/jun/05/covid-19-causing-10000-dementia-deaths-beyond-infections-research-says?fbclid=IwAR2LYmkZk97BGgm6XvSLLHE77izDFD7LK0VPE7sWvKfPvK-71IaMnpUraE).
- (20) Jonathan Tepper, Ground Zero: When the Cure is Worse than the Disease, [medium](https://www.medium.com/@tepper_jonathan/ground-zero-when-the-cure-is-worse-than-the-disease-3c513d91393d) 13. April 2020 [medium.com/@tepper_jonathan/ground-zero-when-the-cure-is-worse-than-the-disease-3c513d91393d](https://www.medium.com/@tepper_jonathan/ground-zero-when-the-cure-is-worse-than-the-disease-3c513d91393d).
- (21) s. Interview von Sara Zanisi mit Vittorio Agnoletto, Öffentlich-Privat (ÖPP) im Gesundheitssystem; Wodarg, Covid-19 in Italien, [wodarg.com/frage-antwort-q-a/covid-19-in-italien/](https://www.wodarg.com/frage-antwort-q-a/covid-19-in-italien/); dort angegeben: Filippo Celata, Cartographie d'un désastre: la santé publique en Italie face au coronavirus, [visionscarto.net/hopital-et-coronavirus-en-italie](https://www.visionscarto.net/hopital-et-coronavirus-en-italie).

DER SPIEGEL - Corona-Pandemie. Die bestellten Berater

Ein Kommentar von [Lydia Rosenfelder](#)

<https://www.spiegel.de/politik/deutschland/corona-politik-die-bestellten-berater-kommentar-a-9edd178d-1843-4522-8bde-f4c8bc0dfa30>

Heute (18.01.219) geben Wissenschaftler, Kanzlerin und Ministerpräsidenten Empfehlungen für die weitere Corona-Politik. **Dass sie zu neuen Verschärfungen raten werden, kann als sicher gelten: Eingeladen sind fast nur Experten, die den Regierungskurs stützen.**

Es sind acht Fachleute, auf die es maßgeblich ankommt, wenn Deutschland seinen [Kurs in der Corona-Politik für die nächsten Wochen](#) festlegt. Am Tag vor der entscheidenden Ministerpräsidentenschalte beraten sie die Länderchefs und das Bundeskanzleramt.

Natürlich entscheiden nicht die Berater selbst, sie beraten nur. Aber sie geben mit ihren Einschätzungen die Richtung vor und prägen den Verlauf der Diskussion. Stehen mehrere Positionen gegeneinander, sind sie das Zünglein an der Waage. Bereits die Auswahl der Berater ist eine politische Entscheidung.

Der Sinn von Expertenanhörungen sollte es eigentlich sein, dass verschiedene Seiten ihre Sicht auf die Dinge darstellen können. Das gilt zum Beispiel für Anhörungen im Bundestag, bei denen die Fraktionen unterschiedliche Fachleute aus Wissenschaft und Praxis einladen. **Hier aber, bei diesem für das Land existenziellen Thema, entscheidet letztlich das Kanzleramt darüber, wer eingeladen wird – und wer nicht. Es sieht so aus, als wäre hier vor allem jene Expertise gefragt, die Merkels Regierungskurs unterstützt: die Verschärfung der Maßnahmen.**

Die Marschroute steht fest. [Eingeladen sind](#): der Charité-Virologe [Christian Drosten](#), seit dem März 2020 der wichtigste Impulsgeber der Regierungspolitik. [Lothar Wieler](#), der mit dem Robert Koch-Institut eine Behörde leitet, die dem Bundesgesundheitsministerium untersteht und von der man folglich nicht erwarten kann, dass sie eine allzu kritische Position zum Regierungskurs einnimmt. Der Physiker Michael Meyer-Hermann, der maßgeblich die Marschroute der letzten Monate mitgeprägt hat. Die Virologin Melanie Brinkmann, die die »[Zero Covid](#)«-Kampagne vorantreibt: eine Initiative, die einen extrem harten Lockdown mit Stilllegung der Wirtschaft fordert, um die Inzidenz auf null zu drücken.

Mit Cornelia Betsch ist immerhin eine Psychologin dabei, allerdings zählt auch sie zu den Verfechtern des Regierungskurses. Neben dem Physiker und Mobilitätsexperten Kai Nagel ist noch – und das ist entscheidend für die Schalte – Rolf Apweiler dabei. Er ist Molekularbiologe und hat bereits dem französischen Staatspräsidenten [Emmanuel Macron](#) empfohlen, einen scharfen Abwehrkurs gegen die britische Virusmutation einzuschlagen. Dies soll er nun auch für die deutsche Politik tun.

Wie bei der letzten Beratungsrunde, nach der Anfang Januar eine Verschärfung der Lockdown-Regeln beschlossen wurde, wird auch diesmal wieder einer dabei sein, der in einigen Punkten eine kritische Haltung vertritt. Gérard Krause, Epidemiologe am Helmholtz-Zentrum, wurde auf Vorschlag von Hamburgs Erstem Bürgermeister [Peter Tschentscher](#) (SPD) eingeladen. Er hinterfragt beispielsweise die Fixierung auf die Inzidenz von 50 Neuansteckungen pro 100.000 Einwohnern in sieben Tagen. Ihm fehlt die Evidenz dafür, dass sich die Pandemie nur bei diesem Wert kontrollieren ließe.

Kritiker unerwünscht Die Zusammensetzung dieses wichtigen Gremiums ist also nicht das Ergebnis eines demokratischen Abstimmungsprozesses. Die Ministerpräsidenten können zwar Vorschläge machen, aber zu kritisch dürfen diese Wissenschaftler nicht sein.

So wollten die SPD-Länder diesmal auch Klaus Stöhr einladen. Der ehemalige SARS-Forschungskordinator der Weltgesundheitsorganisation hält das Ziel der 50er-Inzidenz selbst bei einem harten Lockdown für unrealistisch. Er plädiert für differenziertere Maßnahmen, insbesondere einen deutlich stärkeren Schutz der Risikogruppen. Außerdem ist er gegen die Schließung von Kindergärten und plädiert für offene Grundschulen, weil dort digitaler Unterricht nicht ausreichend möglich ist. Aber solche Argumente wollen die Verfechter eines schärferen Lockdowns offenbar nicht hören. Stöhr kam nicht auf die Einladungsliste.

"Eine breite Diskussion ist offenbar unerwünscht" Im Gegensatz zu Bundestagsanhörungen, die der umfassenden Meinungsbildung dienen, hat diese Beraterrunde offenbar eine andere Aufgabe: Sie soll die gewünschten Argumente liefern und Druck auf die Ministerpräsidenten ausüben. Die Vielfalt an Positionen, die die wissenschaftliche und gesellschaftliche Debatte über die Corona-Politik inzwischen erreicht hat, wird dort nicht abgebildet. Vor allem wird der grundsätzlichen Frage, ob die Lockdown-Maßnahmen in den vergangenen Wochen erfolgreich und notwendig waren, wenig Raum gegeben.

Eine breite Diskussion ist offenbar unerwünscht. Die Kollateralschäden, die abgehängten Schüler, die vernichteten beruflichen Existenzen bleiben ausgeblendet. Es gibt auch keinen Anwalt der Strategie, mit massenhaften Schnelltests viel mehr Infizierte zu entdecken und so vielleicht auch bald wieder Präsenzunterricht an den Schulen zu ermöglichen.

Stattdessen erklingt ein nahezu einstimmiges Warnkonzert zur Durchsetzung von weiteren Verschärfungen – ohne jeden kritischen Blick auf die Schwächen der bisherigen Strategie. **Das ist Alarmismus auf Bestellung.**

Das Bundeskanzleramt traut den Ministerpräsidenten und den Bürgern eine offene Debatte nicht zu.

Virologe Hendrik Streeck

„Wir dürfen nicht bei jedem Anstieg der Infektionen in Panik geraten“

Trotz steigenden Fallzahlen äußert sich der Virologe Hendrik Streeck gelassen. Im Interview spricht er über Corona als Dauerwelle, die Kraft der T-Zellen – und seine neue Heinsberg-Studie.

Von PETER-PHILIPP SCHMITT



© Stefan Finger

Hendrik Streeck ist Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn.

Professor Streeck, ist eine zweite Welle auch bei dieser Pandemie unausweichlich?

Wissenschaftlich gibt es den Begriff einer „zweiten Welle“ nicht. Dabei handelt es sich um eine Beobachtung, die man während der Spanischen Grippe gemacht hat. Doch es gibt einen großen Unterschied zwischen dem damaligen Erreger und Sars-CoV-2: Das neue Coronavirus wird nicht wieder verschwinden. Von daher werden wir bei dieser Pandemie ein Auf und Ab sehen, wie auch bei allen anderen endemischen Coronaviren. Deswegen ist der Begriff der „zweiten Welle“ falsch verwendet, man sollte von einer kontinuierlichen Welle sprechen oder auch Dauerwelle.

Wir sind wieder bei mehr als 1000 Neuinfektionen am Tag. Beunruhigt Sie das?

Nein. Wir werden Infektionsketten nicht vollständig unterbinden können und werden auch mittelfristig nicht den Punkt erreichen, an dem es keine Infektionen mehr gibt. Wichtiger ist es aus meiner Sicht, anhand der stationären Belegung und Intensivbettenbelegung in den Krankenhäusern das Infektionsgeschehen zu bemessen. Zurzeit haben wir keine wesentliche Zunahme von schweren Coronafällen auf den Intensivstationen zu verzeichnen, obwohl seit gut einer Woche die Infektionszahlen gestiegen sind.

Es ist immer schwierig, von einigen wenigen Fällen auf das große Ganze zu schließen. Eine Studie aus Wuhan zeigte zum Beispiel, dass die Antikörperlevel auch nach Monaten sehr stabil sind. In der akuten Infektionsphase kommt es zunächst zu einer Expansion der Antikörperantworten, danach wieder zu einer Kontraktion. Das heißt, die Zahl der Antikörper nimmt ab, sie sind aber auf einem niedrigeren Level noch vorhanden. Zusätzlich bilden die Produktionsstätten der Antikörper, die B-Zellen, ein Gedächtnis aus. Im Falle einer Neuinfektion wird diese Produktionsstätte wieder angeworfen und neue Antikörper können gebildet werden. Das ist ein Trick des Immunsystems, damit man nicht nach jeder Infektion hohe Antikörperlevel im Blut hat und das Blut verdickt.

Antikörpertests sind also aussagekräftig.

In Heinsberg konnten wir bei jedem, der positiv getestet wurde, Antikörper nachweisen, und das auch nach asymptomatischen Infektionen. Zumindest in den ersten Wochen oder Monaten nach der Infektion sind also Antikörper vorhanden. Wir haben noch keine Antwort auf die Frage, wie lange die Antikörperantwort vorhanden ist und ein Schutz besteht. Dazu führen wir jetzt die Folgestudie durch.

Nordrhein-Westfalen ist ein Ballungsgebiet. Dennoch blieben Hotspots wie Heinsberg oder Gütersloh, wo die Fleischfabrik Tönnies ihren Sitz hat, sehr begrenzte Cluster. Warum gab es nicht viel größere und weitergehende Ausbrüche?

Wenn man die Pandemie in Deutschland betrachtet, steht Nordrhein-Westfalen gar nicht so schlecht da. Die Infektionszahlen pro Capita, also pro 100.000 Einwohner, sind in Bayern und Baden-Württemberg viel höher gewesen als in Nordrhein-Westfalen, das als bevölkerungsreichstes Bundesland selbst absolut betrachtet nicht die höchsten Infektionszahlen hat. Die Landesregierung hat immer sehr schnell reagiert und das Virus eingedämmt. In Gütersloh wurden mehrere 10.000 Tests vorgenommen und nur sehr wenige Infektionen in der Bevölkerung festgestellt.

Ist das Virus vielleicht weniger gefährlich geworden?

Dafür gibt es kaum Anhaltspunkte. Vielmehr führt der Sommer und das Einhalten der Hygieneregeln dazu, dass die Infektionsdosis heruntergesetzt wird. Dadurch kommt es vermehrt zu asymptomatischen Infektionen. Der Zusammenhang von Infektionsdosis und Symptomen sowie Übertragungswahrscheinlichkeit ist die Grundlage der Hygienelehre.

Einige gesunde Menschen scheinen Immunzellen zu haben, die das Virus erkennen können. Schützen womöglich landläufige Erkältungs-Coronaviren auch vor Sars-CoV-2?

Es gibt Hinweise darauf, dass es durch eine vorherige Infektion mit anderen Coronaviren zu einer Teilimmunität kommt. Wir sprechen von einer Kreuzreaktivität. Das bedeutet, dass die T-Zell-Antworten, die gegen das andere Coronavirus entstanden sind, auch das neue Coronavirus erkennen können. Durch diese Kreuzreaktivität wird die Symptomatik herabgesetzt. Zwar ist die Datenlage dazu gering, aber es erscheint durchaus plausibel.

Sie haben sich die Karnevalssitzung in Gangelt genau angesehen, wer wo saß und wen mutmaßlich infiziert hat. Haben Sie den Ursprung ausmachen können?

Immer wieder wird von Spätfolgen berichtet, auch wenn eine Infektion eher mild verlief. Das reicht von Haarausfall über Herz- bis hin zu Hirnschäden.

Es stimmt, dass in seltenen Fällen bei milden Verläufen Langzeitfolgen beobachtet werden. Eine virale Infektion bedeutet erst einmal Stress für den Körper. Hierdurch kann es zum Haarausfall kommen, oder die Fingernägel wachsen langsamer. In den meisten Fällen ist dies reversibel. Echte Langzeitkomplikationen von Patienten, die mit einer schweren Lungeninfektion auf einer Intensivstation behandelt und auch intubiert werden mussten, sind ebenfalls eher selten. Bei ihnen kann es, wie man auch bei anderen Coronavirus-Infektionen beobachtet hat, zu Herz- und Nervenschädigungen kommen.

Das Coronavirus in Deutschland

Sie haben gerade Ihre zweite Studie in Heinsberg auf den Weg gebracht. Nachdem Sie im ersten Hotspot der Republik, in Gangelt im Kreis Heinsberg, im Frühjahr festgestellt hatten, dass dort schon 15 Prozent der getesteten Personen infiziert waren, wollen Sie nun untersuchen, ob das eine positive Wirkung auf das weitere Infektionsgeschehen hat. Denn eine Prämisse ist, dass es spätestens im Herbst einen Wiederanstieg der Neuinfektionen geben wird.

Wie hoch das Infektionsgeschehen wird, hängt von vielen Faktoren ab. Zum Beispiel inwieweit wir die derzeitigen Regeln pragmatisch umsetzen. Ich rechne aber mit einem Anstieg zur kühleren Jahreszeit, was wir auch bei anderen Coronaviren beobachten. Das hat unter anderem damit zu tun, dass wir uns mehr drinnen als draußen aufhalten und wir enger zusammenrücken.

Sie nehmen an, dass viele positiv getestete Personen an einem Ort das Infektionsgeschehen verlangsamen können.

Es spricht zurzeit vieles dafür, dass diejenigen, die einmal mit Sars-CoV-2 infiziert waren, zunächst immun sind. Ganz sicher ist die Datenlage natürlich nicht, aber wir können auch Rückschlüsse von den anderen Coronavirus-Infektionen ziehen. Von diesen Viren wissen wir, dass es eine schützende Immunität von mindestens einem Jahr, wenn nicht zwei Jahren gibt. Wenn man sich danach abermals infizieren sollte, verlaufen die Infektionen milder oder asymptomatisch. Neben der Antikörperantwort haben wir noch eine T-Zellen-Immunität. Diese schützt zwar nicht vor einer Infektion, setzt aber den Schweregrad der Erkrankung herunter.

Wer also kaum Antikörper ausbildet, hat dennoch einen gewissen Schutz? Bei vielen ehemals Infizierten hat die Konzentration an Antikörpern nach kurzer Zeit abgenommen, so wie bei vier der ersten neun Münchner Patienten, die sich Ende Januar infiziert hatten.

Unsere Daten deuten nicht eindeutig auf eine Person hin, die als Superspreader besonders viele andere Personen infiziert hätte. Wir wissen, dass sich an dem einen Abend 44 Prozent der Teilnehmer der Kappensitzung infiziert haben. Wir können nur sagen, dass das Ausbruchsgeschehen an dem Abend wahrscheinlich nicht auf eine bestimmte Person zurückzuführen ist.

Mitte März haben Sie im Interview mit der F.A.Z. gesagt, es könnte durchaus sein, dass wir im Jahr 2020 zusammengerechnet nicht mehr Todesfälle haben werden als in jedem anderen Jahr. Sie scheinen recht zu behalten.

Ich habe damals auch schon dafür plädiert, souveräner mit dem Virus umzugehen. Wir dürfen nicht bei jedem Anstieg der Infektionszahlen in Panik geraten. Wenn wir uns zu sehr auf Corona fokussieren, dann verlieren wir andere Erkrankungen aus dem Blick. Man spricht von „stage shift“ bei unerkannten Tumorerkrankungen, oder aber Herzerkrankungen werden zu spät erkannt. Eine Corona-Dauerwarnung ist nicht das richtige Mittel. Uns fehlt ein Ziel.

Was wäre ein gutes Ziel?

Wir müssen einen Kompass haben, wie wir eine Souveränität mit dem Virus erlangen. Das Virus wird bleiben, und da brauchen wir eine Richtschnur, die für alle einleuchtend ist. Das Ziel ist und war es, das Gesundheitssystem nicht zu überlasten, und dass jeder die bestmögliche Versorgung bekommt. Das ist ein realistisches Ziel. Nicht zielführend ist hingegen, nur auf einen Impfstoff zu hoffen. Wenn unser Ziel aber ist, die Infektionszahlen dauerhaft auf ein Minimum zu drücken, dann muss man auch ehrlich kommunizieren, dass wir bestimmte Bereiche auf nicht absehbare Zeit nicht wieder so öffnen können, wie es vor Corona der Fall gewesen ist: Kinos zum Beispiel, Fußballstadien, Konzerthallen.

Wir müssen also lernen, mit dem Virus zu leben.

Genau. Es wurde sehr über das schwedische Modell geschimpft, das auf Herdenimmunität gesetzt hat, also darauf, dass sich genügend Personen infizieren, so dass das Virus sich nicht weiter ausbreiten kann. Aber auch in Schweden gehen zurzeit die Infektions- und Todeszahlen nach unten, während sie anderswo wieder stark steigen. Wir werden erst in ein paar Jahren wissen, welche Vorgehensweise am erfolgreichsten war.

Quelle: F.A.Z.

Studie: Corona-Genesene mit mildem Verlauf könnten lebenslang immun sein

Nach fast einem Jahr waren immer noch Antikörper in Blut und Knochenmark von ehemals Infizierten, die nur geringfügig Symptome hatten.

Berlin - Corona-Genesene mit mildem Verlauf könnten einer [Studie](#) zufolge lebenslang immun sein. Genesene, die nur geringfügig Symptome hatten, haben fast ein Jahr nach ihrer Erkrankung noch Antikörper im Blut, schreiben die Forscher im Fachmagazin „Nature“. Die Zahl der Antikörper würde nach einer Infektion zwar schnell wieder absinken, wie aus früheren Studien bekannt. Jedoch würden die Antikörper nie ganz verschwinden, was zu einer lebenslangen Immunität führen könnte.

Die Forscher halten allerdings fest, dass Menschen, die einen schweren Verlauf nach einer Infektion hatten, aufgrund einer Vielzahl an Entzündungen, die „zu einer fehlerhaften Immunantwort“ führen können, weniger geschützt sein könnten. Dagegen spreche wiederum, dass ein häufiger Grund für einen schweren Verlauf sein könnte, dass diese Infizierten viele Viren im Körper haben. Dies könne zu einer guten Reaktion des Immunsystems führen.

Antikörper waren nach elf Monaten nach wie vor nachweisbar

Für die Studie wurden Blut und Knochenmark von insgesamt 77 Menschen, die von einer leichten Corona-Infektion betroffen waren, entnommen. Vier Wochen nach der Infektion erfolgte die Blutentnahme dann alle drei Monate. Sieben bis acht Monate nach der Infektion wurden achtzehn Teilnehmern auch Knochenmark entnommen. Fünf von ihnen wurde nach fast einem Jahr nach der Infektion erneut Knochenmark entnommen.

Die Wissenschaftler verglichen die Proben der Erkrankten mit denen von elf Personen, die nie infiziert waren. Die Zahl der Antikörper habe sich im Ergebnis zwar verringert, sie seien aber nach elf Monaten nach wie vor nachweisbar gewesen. Co-Autor Ali Ellebedy hält fest: „Es ist normal, dass die Antikörper nach einer akuten Infektion sinken, aber sie sinken nicht auf null, sie erreichen ein Plateau.“

https://www.berliner-zeitung.de/news/studie-corona-genesene-mit-mildem-verlauf-koennten-lebenslang-immun-sein-li.161414?fbclid=IwAROMFsMJI0yIE_afvXPq6Ai1-Bja7RQBpOivWnecbTYXHUC0JdDV3Z7byxw

This is an unedited manuscript that has been accepted for publication. Nature Research are providing this early version of the manuscript as a service to our authors and readers. The manuscript will undergo copyediting, typesetting and a proof review before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers apply.

SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans

Abstract: Long-lived bone marrow plasma cells (BMPCs) are a persistent and essential source of protective antibodies¹⁻⁷. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) convalescent individuals have a significantly lower risk of reinfection⁸⁻¹⁰. Nonetheless, it has been reported that anti-SARS-CoV-2 serum antibodies experience rapid decay in the first few months after infection, raising concerns that long-lived BMPCs may not be generated and humoral immunity against this virus may be short-lived¹¹⁻¹³. Here we demonstrate that in patients who experienced mild infections (n=77), serum anti-SARS-CoV-2 spike (S) antibodies decline rapidly in the first 4 months after infection and then more gradually over the following 7 months, remaining detectable at least 11 months after infection. Anti-S antibody titers correlated with the frequency of S-specific BMPCs obtained from bone marrow aspirates of 18 SARS-CoV-2 convalescent patients 7 to 8 months after infection. S-specific BMPCs were not detected in aspirates from 11 healthy subjects with no history of SARS-CoV-2 infection. We demonstrate that S-binding BMPCs are quiescent, indicating that they are part of a long-lived compartment. Consistently, circulating resting memory B cells directed against the S protein were detected in the convalescent individuals. Overall, we show that SARS-CoV-2 infection induces a robust antigen-specific, long-lived humoral immune response in humans.

Author information

Affiliations

- 1. Department of Pathology and Immunology, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Jackson S. Turner, Wooseob Kim, Aaron J. Schmitz, Lena Hansen & Ali H. Ellebedy
- 2. Division of Allergy and Immunology, Department of Internal Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Elizaveta Kalaidina
- 3. Division of Biostatistics, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Charles W. Goss
- 4. Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Adriana M. Rauseo, Jane A. O'Halloran & Rachel M. Presti
- 5. Influenza Centre, Department of Clinical Science, University of Bergen, 5021, Bergen, Norway**
Lena Hansen
- 6. Clinical Trials Unit, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Alem Haile & Michael K. Klebert
- 7. Division of Oncology, Department of Internal Medicine, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA**
Iskra Pusic
- 8. The Andrew M. and Jane M. Bursky Center for Human Immunology & Immunotherapy Programs, Washington University School of Medicine, Saint Louis, MO, USA**
Ali H. Ellebedy
- 9. Center for Vaccines and Immunity to Microbial Pathogens, Washington University School of Medicine, Saint Louis, MO, USA**
Rachel M. Presti & Ali H. Ellebedy

Corresponding author Correspondence to [Ali H. Ellebedy](#)

MEDIZINREPORT

PCR-Tests auf SARS-CoV-2: Ergebnisse richtig interpretieren

Dtsch Arztebl 2020; 117(24): A-1194 / B-1010

Schlenger, Ralf L.

Artikel

Literatur

Briefe & Kommentare

Statistik

Der tatsächliche positive oder negative Vorhersagewert eines PCR-Tests hängt nicht allein von seiner operativen Genauigkeit ab. Maßgeblich ist auch die Vortestwahrscheinlichkeit, die angibt, wie hoch das geschätzte Risiko für eine Erkrankung vor dem Test ist.



Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Auspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼

Foto: picture alliance/dpa/MAXPPP/Matthieu Botte

Für die schnelle Detektion einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 werden weltweit verschiedene qRT-PCR-Assays (quantitative Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion) eingesetzt. Im vergangenen Monat wurden allein im Verband der Akkreditierten Labore in der Medizin pro Woche zwischen 270 000 (KW 18) und 365 000 (KW 20) PCR-Tests auf SARS-CoV-2 durchgeführt. Ob ein Mensch als SARS-CoV-2-positiv oder -negativ gilt, hat Auswirkungen nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für sein familiäres, soziales und berufliches Umfeld.

Da kein Test 100-prozentig sicher ist, muss das dem Betroffenen mitzuteilende Testergebnis in seinem Kontext interpretiert werden. Dies ist umso wichtiger, je höher in einer Population die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist, führen in einem Praxishinweis im British Medical Journal (BMJ) Jessica Watson und Kollegen aus (1). Ihre Arbeit gibt praktischen Ärzten Hilfestellung bei der folgenschweren Frage: Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist eine positiv getestete Person tatsächlich positiv und eine negativ getestete tatsächlich negativ? Im Fokus stehen zwei Faktoren.

Probenahme und Genauigkeit

RT-PCR-Tests weisen virale RNA nach. Für die operative Zuverlässigkeit des Tests selbst sind die Sensitivität und die Spezifität wesentliche Parameter. Die Sensitivität ist der Prozentsatz, mit dem eine erkrankte Person als positiv getestet wird. Ein Test mit einer Sensitivität von 98 % identifiziert 98 von 100 Infektionen und 2 nicht. Die Kehrseite eines hoch sensitiven Tests: Er kann viele falsch-positive Befunde liefern, wenn er nicht spezifisch genug ist. Die Spezifität ist der Prozentsatz, zu dem nicht infizierte Personen als gesund erkannt werden. Ein Test mit einer Spezifität von 95 % liefert bei 5 von 100 Gesunden ein falsch-positives Ergebnis.

Bei Angaben zu Sensitivität und Spezifität der in Deutschland verwendeten PCR-Tests halten sich sowohl das Robert Koch-Institut als auch das nationale Konsiliarlabor am Institut für Virologie der Charité bedeckt. Die oft zitierte, nahezu 100-prozentige Sensitivität unter Laborbedingungen dürfte in der Praxis nie erreicht werden, schon weil beim Testen selbst erhebliche Unsicherheitsfaktoren hinzukommen. So weist beispielsweise jeder Test die Viren nur in einem bestimmten Zeitfenster nach.

So enthielten Abstrichproben vom Rachen vermehrungsfähige Viren bis zum 4., aus dem Sputum bis zum 8. Tag nach Symptombeginn (2). Falsch-negative Ergebnisse könnten auch aufgrund schlechter Probenqualität oder unsachgemäßem Transport nicht ausgeschlossen werden, warnt das Robert Koch-Institut unter seinen Hinweisen zur Testung. Empfohlen wird bei Patienten mit initial negativem PCR-Test, aber begründetem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion eine Wiederholung des Tests (3).

Ein systematischer Review, der 957 negativ getestete Personen durch einen wiederholten Abstrich überprüfte, fand in den 5 Einzelstudien eine Rate initial falsch-negativer Ergebnisse zwischen 2 % und 29 %. Das entspricht einer „effektiven“ Sensitivität der Tests zwischen 71 % und 98 % (4). Bei dieser niedrigen Sensitivität und moderaten Spezifität habe ein positiver PCR-Test auf SARS-CoV-2 mehr Gewicht als ein negatives Resultat, betonen die Autoren im BMJ. Umgekehrt solle man sich bei einem Patienten mit verdächtigen Symptomen niemals auf ein einziges negatives Testergebnis verlassen.

Die Vortestwahrscheinlichkeit

Um die wirkliche Erkrankungswahrscheinlichkeit, ausgedrückt als positiver oder negativer Vorhersagewert nach einem

Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Auspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼

deutlich zu machen, seien Prävalenzen von SARS-CoV-2-Infektionen von 3 %, 20 % und 80 % gegenübergestellt: Unter 1 000 Personen würde es in diesen Fällen 30, 200 oder 800 Infizierte geben. Die Autoren im BMJ mutmaßen, dass der RT-PCR-Test eine Sensitivität von 70 % und eine Spezifität von 95 % aufweist. **Sars-CoV-2-Prävalenz 3 % (z. B. Hausarztpraxis):** Richtig positiv getestet werden 21 von 30 infizierten Personen, falsch negativ sind damit 9 Ergebnisse. Richtig als gesund erkannt werden 921 von 970 Personen, falsch positiv bleiben 49. Der positive Vorhersagewert errechnet sich als Quotient aus der Zahl der richtig positiv Getesteten (21) und der Summe aller Personen mit positivem Testergebnis (21 + 49 = 70). Er ist mit 0,30 erschreckend gering – 70 % der als positiv getesteten Personen sind gar nicht positiv, ihnen wird aber Quarantäne verordnet. Der negative Vorhersagewert als Quotient aus der Zahl der richtig negativ Getesteten 921 und der Summe aller Personen mit negativem Testergebnis (921 + 9 = 930) ist hingegen 0,99, also sehr gut.

Prävalenz 20 % (z. B. Altenheim): Richtig positiv getestet werden 140 von 200 Personen, falsch negativ sind 60 Ergebnisse. Richtig negativ erkennt der Test 760 von 800 Personen, falsch positiv 40. Der positive Vorhersagewert (140/180) beträgt nun 0,78, die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist also bei der angenommenen Prävalenz von 20 % 2,5 Mal höher anzusetzen als bei der niedrigen Prävalenz von 3 %. Der negative Vorhersagewert (760/820) ist 0,93. Immerhin 7 % der negativ Getesteten tragen das Virus in sich und können es verbreiten. **Prävalenz 80 % (z. B. Isolierabteilung):** Bei einer besonders hoch geschätzten Prävalenz von 80 % sind von 1 000 Getesteten 800 infiziert,

von denen der Test 560 erkennt und 240 nicht. Richtig negativ erkannt werden 190 von 200 Personen, falsch positiv sind 10. Der positive Vorhersagewert (560/570) erreicht sichere 0,98, während der negative Vorhersagewert auf 0,44 sinkt. 56 % Prozent der negativ Getesteten tragen das Virus in sich und können es weitergeben.

Das bedeutet: In einer Population mit niedriger Prävalenz – z. B. 3 %, wie bevölkerungsweit bei COVID-19 anzunehmen – und unter der Prämisse einer niedrigen effektiven Test-Sensitivität von 70 % ist der positive Vorhersagewert äußerst schwach. Ein (falsch) positiver Test kann aber eine Quarantäne der Person zur Folge haben. Je höher die Prävalenz und damit die Vortestwahrscheinlichkeit, desto höher ist die Aussagekraft eines positiven Tests einzustufen und desto niedriger ist der negative Vorhersagewert.

Ein hoher Anteil infizierter Personen bleibt unentdeckt, wird nicht isoliert und kann andere anstecken – wenn nicht doch ein zweites Mal getestet wird. Fazit: Bei einer hohen anzunehmenden Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion ist ein einzelner negativer Test kein Freibrief. *Ralf L. Schlenger*

Vom Schein der Genauigkeit

Die weltweit verwendeten PCR-Tests auf SARS-CoV-2 sind selbst unter definierten Laborbedingungen nicht alle (gleich) zuverlässig. Eine aktuelle amerikanische Studie verglich 9 PCR-Tests aus den USA, China, Hongkong und Deutschland (5). Sie zeigte, dass zwar alle untersuchten Tests SARS-CoV-2 nachweisen können. Aber die Performance war abhängig vom viralen Target (RNA-Abschnitte codierend für Hüllmaterial, Nucleocapsid, RNA-dependent RNA polymerase [RdRp] etc.) und dem Verdünnungsgrad der Proben sehr unterschiedlich ausgeprägt. Insgesamt hatte der am Institut für Virologie der Charité, Berlin, entwickelte E-Sarbeco-Test eine Spitzenposition, zusammen mit HKU-ORF1 (Hongkong University) und 2019-nCoV_N1 (US Centers for Disease Control and Prevention). Der RdRp-SARsR-Assay der Charité wird von den amerikanischen Autoren hingegen als unzuverlässig bei winzigen Virusmengen eingestuft. Die Charité verwendet den E-Sarbeco, der Hüllgene nachweist, als initialen Screening Assay und den RdRp-SARsR als konfirmatorischen Test.

Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Ausspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼

Offener Arztbrief an den Gesundheitsminister

Sehr geehrter Herr Gesundheitsminister, lieber Kollege Mückstein!

Ich schreibe Ihnen als Arzt, Familienvater und Bürger dieses Landes.

Mit Bestürzung habe ich festgestellt, dass nun tatsächlich die sogenannte 2G-Regel für nahezu den gesamten Freizeitbereich eingeführt wird. Das heißt, dass somit auch nicht Geimpfte (lt. Amerikanischer Gesellschaft für Genterapie ist die verwendete Impfung eine Genterapie¹) und nicht von COVID 19 genesene Kinder über 12 Jahren von sämtlichen sportlichen Aktivitäten und anderen sozialen Aktivitäten in ihrer Freizeit ausgeschlossen werden. Nachdem meine 15-jährige Tochter drei Mal wöchentlich leidenschaftlich ihren Turnsport betreibt und aus guten Gründen nicht geimpft ist, wird sie also ab sofort von der Teilnahme am Training und vielen anderen sozialen Aktivitäten ausgeschlossen. Sie wird, wie viele andere Menschen in diesem Land, diskriminiert! Als Familienvater bin ich damit persönlich betroffen und als Arzt, der nach bestem Wissen und Gewissen das Wohl der Menschen im Auge hat, bin ich fassungslos ob dieser Entscheidung.

Jetzt frage ich mich, ob das tatsächlich Ihre Gesundheitspolitik ist?

- Glauben Sie tatsächlich, dass diese Maßnahme dem Wohle der Menschen und vor allem dem Wohle der Kinder dient?
- **Wie lautet die medizinische und gesellschaftspolitische Begründung für diese Entscheidung?**
- Was hat Ihnen meine Tochter getan, dass für sie bestimmte Grundrechte nicht mehr gelten?
- Außerdem hat sie seit 1,5 Jahren all die von der Politik verordneten, unsäglichen Maßnahmen brav mitgetragen.
- Wer soll durch meine Tochter geschädigt werden?
- Glauben Sie tatsächlich, dass meine drei Mal wöchentlich getestete, gesunde, ungeimpfte Tochter, die Gesundheit anderer Menschen mehr gefährdet als ungetestete, geimpfte Menschen (die womöglich Krankheitssymptome aufweisen), aber vom öffentlichen Leben nicht ausgeschlossen werden?
- Glauben Sie tatsächlich, dass diese Maßnahme gesunde Lebensjahre „rettet“?
- Glauben Sie tatsächlich, dass Gesundheit nur aus negativen PCR-Tests (jetzt ja anscheinend nicht
- einmal mehr das) und geimpften = genterapierten 1,2 Bürgern besteht?
- Finden Sie es tatsächlich in Ordnung, gesunde Menschen durch sozialen Druck, Entzug von Freiheitsrechten und öffentlich finanzierter, vollkommen

undifferenzierter Propaganda zu einem medizinischen Eingriff zu nötigen? Herr Mückstein, fühlen Sie sich als Arzt nicht auch dem Hippokratischen Eid verpflichtet? Ich gehe davon aus, dass Sie den Inhalt des Nürnberger Kodex⁴² kennen.

Wie definieren Sie eigentlich Gesundheit (3) ?

Haben Sie sich überlegt, was der Fokus auf eine einzelne Krankheit und der Bekämpfung dieser Krankheit mit allen fragwürdigen Mitteln für alle anderen Aspekte von Gesundheit bedeutet?

Zu den Fakten:

- Die **Gefährlichkeit** von COVID 19 wurde von Anfang an schwer überschätzt. Eine zunächst angenommene Letalität von 4% war mindestens **um den Faktor 20** zu hoch (4).
- Trotzdem wurde und wird immer noch massive Angst geschürt, sodass Menschen die Gefährlichkeit dieser Erkrankung um **den Faktor 100 überschätzen** (5).
- Die Zählung von „Coronatoten“ beruht ausschließlich auf einem positiven PCR-Testergebnis innerhalb von 28 Tagen vor dem Tod. Deshalb sind unter den „Coronatoten“ viele Menschen, die definitiv nicht an, sondern mit einer SARS-CoV 2 Infektion verstorben sind, was wiederum zu einer Überschätzung der Gefährlichkeit führt.
- **Ca. 97%** aller als Coronatote bezeichneten Menschen hatten mindestens **eine oder mehrere Vorerkrankungen bzw. Risikofaktoren** (6).
- COVID 19 ist für **junge gesunde Menschen**, insbesondere für Kinder eine **vergleichsweise banale Erkrankung** (4). In einem durchschnittlichen Jahr sterben mehr Kinder durch Ertrinken oder an Influenza als in der Pandemie Kinder an COVID 19 verstorben sind (7). Gesunde Kinder sind nahezu ungefährdet. Long COVID ist bei Kindern bis heute nicht nachgewiesen (8).
- Die derzeit verwendete **Impfung ist eigentlich eine Genterapie** und sollte auch als solche bezeichnet werden (1,2,46,48).
- Die derzeit verwendete Genterapie (Impfung) **verhindert keine Infektion mit SARS-CoV 2** (9,10,11,12,13,45,50).
- Die derzeit verwendete Genterapie (Impfung) **verhindert** bei einer Infektion mit SARS-CoV 2 **nicht die Übertragung des Virus** auf andere Menschen (14,15).
- Die derzeit verwendete Genterapie (Impfung) **verhindert nicht**, sondern vermindert lediglich **schwere Krankheitsverläufe und Tod**. Und das nur über kurze Zeit (max. 2 – 6 Monate)^{10,11,12,13}.
- Die derzeit verwendete Genterapie (Impfung) hat ein **eindeutig negatives Nutzen-RisikoProfil bei Kindern** (16,17,18,53)! Es ist somit absolut

verantwortungslos, Kindern und Jugendlichen eine Gentherapie (Impfung) zu empfehlen bzw. sie indirekt dazu zu zwingen!

- Die derzeit verwendete Gentherapie (Impfung) hat kaum bis **keinen Einfluss auf die Verbreitung** von COVID (19 20,45,50)
- Mittlerweile sind **gravierende Fehler** bei den hastig durchgeführten **Zulassungsstudien** bekannt (21).
- Die **natürliche Immunität** gegen COVID 19 nach durchgemachter Infektion ist um ein **vielfaches besser** als die durch die Impfung generierte (22,23,44). Es gibt bis jetzt keinen eindeutigen Nachweis, dass Genesen nach natürlich durchgemachter Infektion überhaupt Überträger des Virus sein können (52).
- Die derzeit verwendete Gentherapie (Impfung) ist **nicht sicher** (19,21,24,48). Die **Nebenwirkungen** dieser Therapie sind **wesentlich häufiger**, als bei allen anderen derzeit verwendeten Impfstoffen (24,25). Die Erfassung ist lückenhaft (26), da manche medizinische Institutionen und leider auch Kolleginnen u. Kollegen sich weigern, bestimmte Beschwerden von Patienten auf die Gentherapie (Impfung) zurückzuführen. Obduktionen werden im Todesfall selten bis nie durchgeführt. Die wenigen durchgeführten Obduktionen lassen eine hohe Dunkelziffer vermuten. Die Anzahl und Schwere der unerwünschten Wirkungen steigt mit abnehmendem Lebensalter. Das Nutzen-Risiko Profil ist bei Kindern und Jugendlichen eindeutig negativ! Bei allen anderen Bevölkerungsgruppen ist dies noch nicht eindeutig beurteilbar.
- Viele Kolleginnen und Kollegen, die in der **Praxis** arbeiten, haben sehr **schlechte Erfahrungen** mit dieser Therapie gemacht. Allein in meiner Praxis für den Bewegungsapparat hatte ich schon dutzende Fälle (Tinnitus, Parästhesien an Extremitäten, Rheumaschübe, Herzmuskelentzündungen, Dysmenorrhoe, Fehlgeburten, chronic fatigue syndrom etc.). Ganz zu schweigen von mehrtägigen Krankenständen wegen Arbeitsunfähigkeit durch Fieber,
- Gliederschmerzen, Kopfschmerzen etc. Kollegen (die sich nicht trauen, ihren Namen zu nennen) berichten von Kindern, die nach der Impfung intensivmedizinische Betreuung gebraucht haben.
- Etwaige **Schädigungen** durch die Gentherapie (Impfung), die erst zu einem **späteren Zeitpunkt** auftreten könnten, sind derzeit natürlich noch vollkommen unbekannt. Z.B. ADE, Mikrothromben oder Tumorrezidive (27). Das könnte im Laufe des Lebens zu Problemen bei Infektionen oder auch zu Herzproblemen bzw. Schlaganfall führen. In der letzten Zeit **vermehrt aufgetretene kardiale Ereignisse** bei jungen Sportlern (28, 51) sowie vermehrte **Notfalleinsätze bei Schlaganfall und Herzinfarkt** könnten ein erstes Anzeichen dafür sein (29).
- Auch gibt es in Europa eine **Übersterblichkeit bei unter 45-jährigen** (30,32) seit Beginn der Impfkampagne, die nicht auf COVID 19 zurückgeführt werden kann.

- Es gibt Hinweise darauf, dass eine Getherapie (Impfung) zwar die Mortalität bei COVID 19 etwas senken kann, jedoch die **Gesamtmortalität erhöht** (31,32).
- **Übergewicht** in der Bevölkerung (vor allem auch bei Kindern) hat durch die Maßnahmen **deutlich zugenommen**. Übergewicht ist aber gleichzeitig einer der **Hauptrisikofaktoren** für einen schweren COVID Verlauf. Es erhöht das Risiko für eine Hospitalisierung um 113% und das Risiko eine intensivmedizinische Behandlung zu benötigen um 74% (33,34,35).
- Zusätzlich ist Übergewicht und Bewegungsmangel einer der entscheidenden Faktoren für ein gesundes Leben (Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Schäden am Bewegungsapparat etc.) und kostet viele, viele gesunde Lebensjahre.
- **Psychische Erkrankungen** wie Angststörungen, Depression, Suchterkrankungen etc. (vor allem auch bei Kindern und Jugendlichen) haben durch die Maßnahmen massiv **zugenommen** (36). Die einzige relevante Triage, an die ich mich in den letzten 1,5 Jahren erinnern kann, war die auf der Kinderpsychiatrie. Wir wissen aus zahlreichen Studien, dass die psychische Gesundheit sich unglaublich positiv auf das weitere Leben auswirkt und die Abwesenheit dieser wieder viele, viele gesunde Lebensjahre kostet.
- Die **soziale Ungleichheit** hat aufgrund der Maßnahmen **massiv zugenommen**. Es ist seit vielen Jahren evident, dass niedriger sozialer Status und niedriges Bildungsniveau die Lebenserwartung negativ beeinflussen. Vielen Kindern wurden und werden Zukunftschancen genommen.
- Es gibt mittlerweile gute, extrem nebenwirkungsarme Möglichkeiten zur **Prophylaxe und Frühbehandlung**, die viel Leid verhindern könnten und das Gesundheitssystem deutlich entlasten könnten (37,38,39). Trotzdem werden nach wie vor an COVID erkrankte Menschen in Angst, Isolation und ohne medizinische Behandlung sich selbst überlassen!

Ich könnte die Liste noch beliebig fortsetzen. Fakt ist, dass ich mich fragen muss, ob Sie all diese Dinge bei Ihrer Entscheidung zur 2G-Regel und zur Diskriminierung von Teilen der Bevölkerung (vor allem von Kindern über 12 Jahren) berücksichtigt haben?

Abgesehen davon gibt es Grundrechte in diesem Land. Ich bin zwar kein Jurist, aber aus meiner Sicht ist diese Verordnung mit dem Grundrecht absolut unvereinbar, da eine **sachliche, evidenzbasierte Begründung für diese Maßnahme komplett fehlt**. Ganz im Gegenteil: Bei Berücksichtigung aller Aspekte von Gesundheit und dem Ziel möglichst viele gesunde Lebensjahre für die gesamte Bevölkerung (und vor allem für die uns Schutzbefohlenen) zu generieren, sind diese Maßnahmen komplett kontraproduktiv und schaden mehr als sie nützen. Diskriminierung von Menschen ist sowieso mit dem Grundrecht und den Grundsätzen einer Demokratie nicht vereinbar!

Selbst wenn man nur mit einem Tunnelblick die eine Infektionskrankheit vor Augen hätte, ist kein Benefit zu erwarten. Aus den oben genannten Gründen wird diese Maßnahme kaum Leben retten, dafür aber gesunde Lebensjahre kosten.

Andere Länder haben z.B. die Kinder nie an ihren Freizeit- und Sportaktivitäten gehindert (z.B. Schweden, mehrere Kantone in der Schweiz, seit kurzem auch die anderen skandinavischen Länder, Dänemark, Ungarn, mehrere Bundesstaaten der USA etc.) ohne dass es negative Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen gehabt hätte.

Als Arzt bin ich oft sprachlos ob der vorgebrachten Argumente seitens der Verantwortlichen und leider auch seitens der vollkommen unreflektiert agierenden Massenmedien.

Wenn ich manchmal das Argument höre, dass nicht getherapierte (geimpfte) Menschen potentiell anderen getherapierten (geimpften) Menschen bei Bedarf ein Spitalsbett „wegnehmen“ könnten, lassen Sie mich bitte ohne untergriffig werden zu wollen, folgendes fragen: Glauben Sie, dass eher der von Ihnen öffentlich „belehrte“ junge Spitzensportler Dominic Thiem bzw. meine Tochter oder eher Sie, Kollege Mückstein als Raucher, oder die Herren Bürgermeister Ludwig und Gesundheitsstadtrat Hacker als übergewichtige Risikopatienten jemandem ein Spitalsbett „streitig“ machen könnten? Unabhängig vom Impfstatus.

Wem soll meine Tochter ein Intensivbett wegnehmen? Was ist mit den hunderttausenden Menschen, die aufgrund ihres Lebensstils ein erhöhtes Risiko haben, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen zu müssen? Wir als Solidargesellschaft und vor allem wir Ärzte haben uns selbstverständlich darauf verständigt, allen Menschen, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrem Alter, ihrer Hautfarbe, ihrer Religion, ihrer Sexualität, ihrem Lebensstil, ihrer Herkunft, ihrem Impfstatus etc., Hilfe angedeihen zu lassen, wenn dies notwendig ist. Oder habe ich etwas verpasst und es wird in Zukunft vielleicht nach einem Social Credit System wie in China Bevorzugungen geben? 20 Minuspunkte für einen Alkoholiker. 10 Minuspunkte für den gestressten Manager. 25 Minuspunkte für zu wenig Bewegung und Übergewicht. 5 Minuspunkte für den Extremsportler. 15 Minuspunkte für einen unvollständigen

Impfpass...

Wo soll das hinführen? Wie weit werden Sie gehen? Streben Sie eine totalitäre Gesundheitsdiktatur an?

Außerdem muss ich als Arzt **jeden Menschen individuell betrachten**, um die optimale Therapie für ihn zu finden. Was ist mit einer individuellen Nutzen-Risiko Abschätzung im Bezug auf Impfungen plötzlich geschehen?

- Seit wann gibt es asymptomatische Krankheiten, Herr Kollege Mückstein?

- Wie soll Herdenimmunität durch eine Impfung erzeugt werden, die keine sterile Immunität auslösen kann?
- Wie ist es möglich, dass dieser Impfstoff (wie von Ihnen öffentlich im Fernsehen behauptet) nicht ins Blut gelangt?
- Waren Sie auf der gleichen Universität wie ich?
- Wie können Sie uns Ärzten mit rechtlichen Schritten drohen, wenn wir Antikörper-Bestimmungen durchführen, um einen Überblick über den Immunstatus der Patienten zu erhalten?
- Die höchst fragwürdige Parole: “Testen, testen, testen“ wurde von Ihnen stets als essentiell zur Pandemiebekämpfung ausgerufen. Jetzt plötzlich soll ein negativer Test gar keinen Wert mehr haben?
- Bitte erklären Sie mir Ihren Sinneswandel.

Ist das ultimative Ziel tatsächlich die zwanghafte komplette Durchimpfung der Bevölkerung mit schlecht wirkenden, potentiell gefährlichen Substanzen inkl. Auffrischungsimpfungen bis in die Unendlichkeit? Was soll das bringen?

Ich muss Sie enttäuschen, denn **die höchsten Durchimpfungsraten schützen nicht vor den höchsten Infektionsraten**. Beispiele?: Grafschaft Waterford in Irland: 99,7% Durchimpfung der Erwachsenen und mit 1.486 Fällen die höchste 14-Tage Inzidenz in ganz Irland (40) Island: Durchimpfungsrate 89% der über 12-jährigen und höchste Rate an Neuinfektionen seit Beginn der Pandemie (41) etc.) **Die Durchimpfungsrate scheint mit der Ausbreitung von COVID 19 kaum oder gar nicht zu korrelieren (42,45)!**

Als Arzt, der auf die Heilung fokussiert ist, stelle ich mir schon lange die Frage, warum eine Behandlung von COVID 19 dermaßen unterdrückt wird, obwohl es nachgewiesenermaßen gute Medikamente dafür gibt (37,38,39). Es ist fahrlässig und verantwortungslos, den erkrankten Menschen eine funktionierende Therapie vorzuenthalten!

Ich erwarte mir als Familienvater, Arzt und Bürger dieses Landes eine sachliche Begründung, in wie weit die von Ihnen gesetzte Maßnahme gesunde Lebensjahre der Bevölkerung vermehren soll und vor allem warum meine Tochter diskriminiert wird.

- Hören Sie auf, gesunde Menschen zu verängstigen. **Angst macht krank und verhindert rationales Denken und Handeln.**
- Hören Sie auf, Menschen zu terrorisieren, zu stigmatisieren und auszugrenzen und fangen Sie an, sich um die Kranken und Schutzbedürftigen zu kümmern!
- Hören Sie auf, meine Tochter zu diskriminieren!!
- Hören Sie auf, **medizinische Halbwahrheiten und Lügen** als wissenschaftlichen Konsens darzustellen.
- Hören Sie auf, die Schuld an dem sich seit Jahren abzeichnenden Pflegenotstand gesunden Menschen in die Schuhe zu schieben.

- Hören Sie auf, unser Steuergeld (Milliarden Euro!) für sinnlose Tests an gesunden Kindern, Impfpropaganda und andere sinnlose Maßnahmen zu **verschwenden**.
- Hören Sie auf, politische Grabenkämpfe auf dem Rücken der Menschen in diesem Land auszufechten.
- Hören Sie auf mit **Drohungen, Herabwürdigungen, Diskriminierungen, Sündenbockpolitik und Angstpropaganda**. Das erinnert an die düstersten Kapitel unserer Geschichte!
- Hören Sie auf, auf die „Empfehlungen“ der Medizinindustrie und all ihrer Netzwerke zu vertrauen. Diese Firmen haben sich **nachweislich des Betrugs, der Korruption und der Lüge** schuldig gemacht und sind nur auf **Gewinnoptimierung** aus (43,47,49). Sie sind nicht am Wohl der Bevölkerung interessiert. Das sollten Sie als Arzt eigentlich wissen.
- Die oben genannten Fakten sprechen ganz klar **gegen eine Impfpflicht** für bestimmte Berufsgruppen bzw. die ganze Bevölkerung!
- Hören und vertrauen Sie im Gegensatz dazu nur auf **absolut unabhängige Forscher und Ärzte** (Die Krakenarme der Medizinindustrie haben sich längst in den Universitäten und Wissenschaften ausgebreitet, da sie diese finanzieren 47).
- **Lassen Sie andere Meinungen zu!**
- Das, was Sie machen, hat mit Medizin und Gesundheit nichts zu tun!
- Fangen Sie endlich an, die „Krankheitspolitik“ durch eine vernünftige **Gesundheitspolitik** zu ersetzen, die alle Aspekte von Gesundheit berücksichtigt. Dann hätten wir auch weniger Probleme mit dieser Infektionskrankheit.
- **Lassen Sie uns Ärzte unsere Patienten als Individuen wahrnehmen und diese auch individuell behandeln und ihnen individuelle Empfehlungen aussprechen.**
- **Kümmern Sie sich endlich um die Pflegemisere**, die schon lange vor COVID da war und sorgen Sie dafür, dass dieser Berufsgruppe Anerkennung, Respekt, vernünftige Arbeitsbedingungen und eine adäquate Bezahlung zuteil werden. Dann hätten wir jetzt keine Belastung der Spitäler und Pflegeeinrichtungen. Und bitte kommen Sie mir nicht mit irgendwelchen Empfehlungen von irgendwelchen Impfkommisionen oder Expertengremien. Sagen kann man viel und ich möchte nicht wissen, welche Abhängigkeiten und Interessen hier bestehen (47).

Ich möchte klar formulierte Ziele, harte Fakten, Daten, Evidenz und nachvollziehbare Argumente und Strategien. Wenn Sie maßnahmenkritische oder impfskeptische Menschen als „Wissenschaftsleugner“ bezeichnen, dann haben Sie Wissenschaft nicht verstanden und sich überdies nicht mit unabhängigen Studien beschäftigt und schon gar keinen dringend notwendigen sachlichen Diskurs geführt.

Falls Sie mir keine oder keine sachlich fundierte, alle Aspekte von Gesundheit mit einbeziehende Argumentation für die 2G-Regel liefern können, muss ich davon ausgehen, dass es sich um eine bewusste Diskriminierung handelt und Sie eine Spaltung der Bevölkerung nicht nur in Kauf nehmen, sondern diese auch fördern.

Weiters möchte ich festhalten, dass **Wissenschaft niemals absolute Wahrheiten** liefern kann, Erkenntnisse sich laufend ändern und ein sachlicher Diskurs essentiell ist um voranzukommen. Falls sich herausstellen sollte, dass meine Argumentation falsch ist, werde ich nicht anstehen, dies einzugestehen. Allerdings verlange ich das auch von Ihnen und den Sie beratenden Fachleuten.

Als unerschütterlicher Optimist vertraue ich auf Ihre Urteilsfähigkeit, auf Ihre Menschlichkeit und Ihr kritisches Denkvermögen.

Und wenn sich durch meinen Brief nichts an Ihrer Politik ändert, aber zumindest Kritik wieder zugelassen wird, Dinge hinterfragt werden und Menschen nicht mehr diffamiert und ausgegrenzt werden, dann haben wir schon viel geschafft!

Ich freue mich auf Ihre Antwort.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Lukas Trimmel

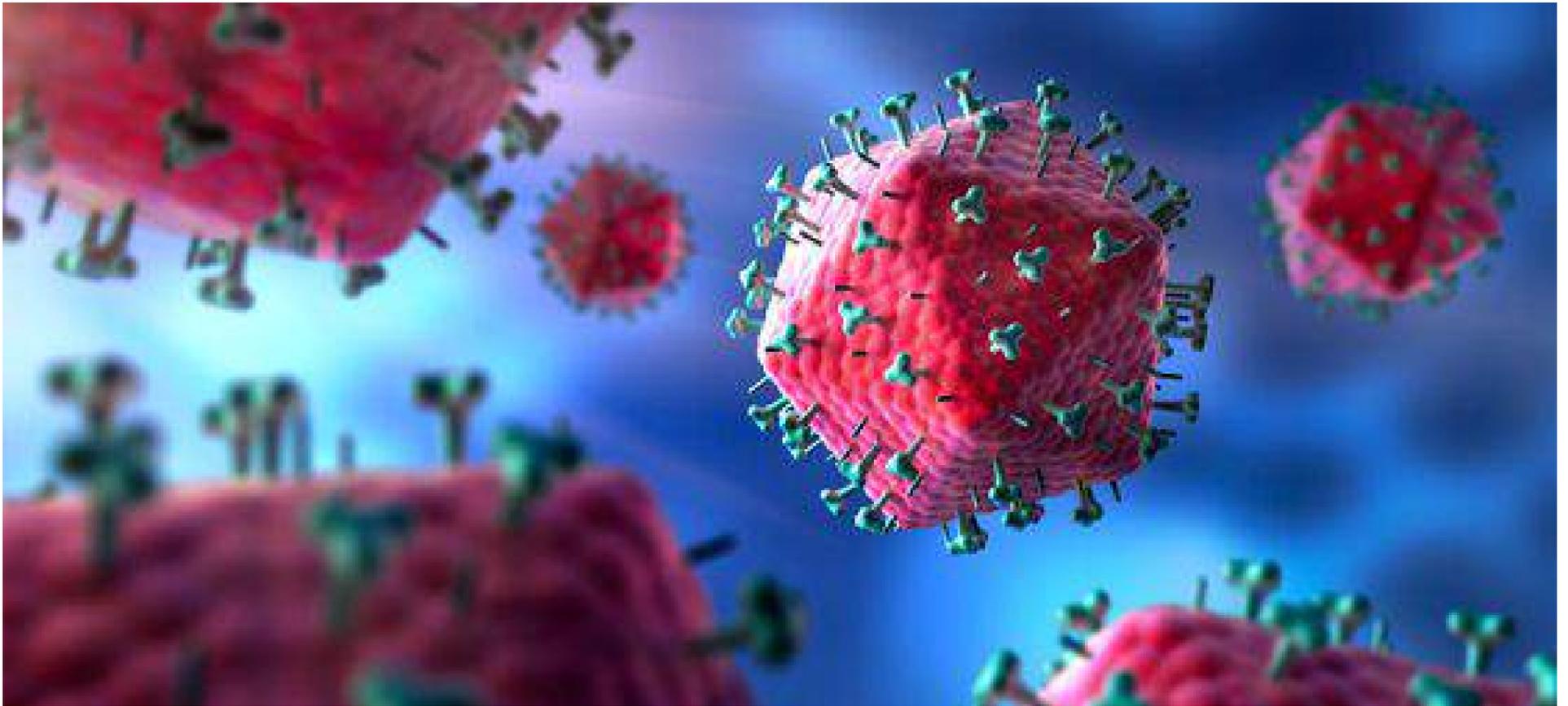
Wichtige Hinweise und Quellen finden Sie im PDF.

[Offener-Brief-an-den-Gesundheitsminister](#)

Medizin

T-Zellen gegen saisonale Coronaviren erkennen auch SARS-CoV-2

Freitag, 31. Juli 2020



Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Ausspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼

erkennen. Das legt eine Studie der Universitätsklinik Tübingen nahe, die mit SARS-CoV-2-Infektionen zusammenhängt (DOI: [10.21203/rs.3.rs-35331/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-35331/v1)). Eine Immunität gegen SARS-CoV-2 geht damit nicht einher.

Vorangegangene Arbeiten mit SARS-CoV-1 hätten gezeigt, dass eine antikörpervermittelte Immunität nur von kurzer Dauer sei, schreiben die Autoren. Der zellulären Immunantwort käme daher wahrscheinlich auch bei SARS-CoV-2 eine große Bedeutung zu. Neuere Studien ließen zudem eine Kreuzreaktivität von T-Zellen vermuten.

Die Wissenschaftler identifizierten nun erstmals 120 virale Peptidketten aus dem Genom von SARS-CoV-2, deren Präsentation an HLA-Rezeptoren eine T-Zell-Immunantwort auslösten, sogenannte Epitope.

Die Forscher verglichen dafür Blutproben von 180 Personen, die eine SARS-CoV-2-Infektion ohne stationäre Behandlung durchgemacht hatten, mit 185 Blutproben aus der Zeit vor der Pandemie.

Aus der Vielzahl der erkannten Epitope stellten sie 2 unterschiedliche Kompositionen zusammen. Die erste dieser Gruppen enthielt SARS-CoV-2-spezifische Epitope, die nur von T-Zellen erkannt wurden, die bereits Kontakt zu SARS-CoV-2 gehabt hatten.

Eine zweite Epitop-Komposition enthielt ausschließlich kreuzreaktive Peptidketten von SARS-CoV-2, die also auch von vorher nicht exponierten T-Zellen erkannt wurden. Einige davon zeigten Ähnlichkeiten mit Epitopen von 4 anderen humanen Coronaviren (HCoV-OC43, HCoV-229E, HCoV-NL63 und HCoV-HKU1).

Die Proben von Personen, die vorher an COVID-19 erkrankt waren, zeigten zu 100 % eine CD4- oder CD8-T-Zell-Antwort auf wenigstens eine der beiden Kompositionen.

Unter den nicht exponierten Proben zeigten 81 % eine T-Zell-Antwort auf die kreuzreaktive Epitopkomposition. Sie fiel geringer aus als bei den vorher exponierten Proben. Die SARS-CoV-2-spezifische Komposition löste hier keine Immunreaktion aus.

Die Forscher konnten darüber hinaus zeigen, dass die Intensität der T-Zell-Reaktion nicht mit der Schwere der COVID-19-Erkrankung korrelierte, wie es bei Antikörperreaktionen bekannt ist. Hingegen wurde beobachtet, dass die Diversität der Epitope, auf die die T-Zellen anspringen, einen Einfluss hat.

Je weniger SARS-CoV-2-Epitope also durch die T-Zellen erkannt wurden, desto schwerer war der COVID-19-Verlauf der Patienten, schlossen die Autoren.

Wie sich diese kreuzreaktive T-Zell-Erkennung in 81 Prozent der Bevölkerung auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 sowie auf die Schwere der Erkrankung auswirkt, wird die Forschergruppe nun in weiteren Studien prospektiv untersuchen.

© jff/aerzteblatt.de



[hc.pieper](#)

am Mittwoch, 14. Oktober 2020, 09:06

Immunität gegen SARS CoV2 durch Erkältungsviren ??

Wenn T-Zellen nach Kontakt zu saisonalen humanen Coronaviren auch Strukturen des SARS-CoV-2-Virus erkennen können, dann hat das sicher irgendeinen Einfluss auf die Immunität des Individuums. Warum schreiben Sie dann: "Eine Immunität gegen SARS-CoV-2 geht damit nicht einher." ??? Das ist Gegenstand



Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Ausspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼



[dr.med.thomas.g.schaetzler](#)

am Samstag, 1. August 2020, 21:38

Corona: Humorale und zelluläre Immunität

Mit AK-Tests werden für SARS-CoV-2-Infektionen/COVID-19-Erkrankungen typische IgM-, IgG- und selten IgA-Antikörper entsprechend validiert und auf Sensitivität und Spezifität untersucht im Patientenserum nachgewiesen. Zur Identifikation von immunspezifischen T-Zellen ist es jedoch noch ein weiter Weg. Für die Interpretation von humoraler und zellulärer Immunität sind medizinische, infektiologische und labortechnische Fachkenntnisse erforderlich.

Negative oder positive Testergebnisse

Wenn kein positives Ergebnis erscheint, hat der Patient entweder keine Antikörper, also keinen Kontakt mit SARS-CoV-2 gehabt. Er könnte aber ebenso hochinfektiös sein, weil er in der Frühphase der Erkrankung noch keine Antikörper gebildet hat und aufweisen wird. Dies ließe sich nur durch den spezifisch-aktuellen Erregernachweis mittels PCR erkennen/ausschließen, der nach durchschnittlich 10 Tagen auch wieder negativ werden kann.

Fällt der Test dagegen positiv aus, ist der Patient entweder noch hochinfektiös (PCR-Nachweis?), weil er sich in der Spätphase der akuten Erkrankung befindet. Oder er hat die COVID-19-Erkrankung schon durchgemacht, ist vermutlich immun bzw. hat kreuzreagierende Antikörper gegen andere Coronaviren.

Als da sind:

- SARS-CoV[-1] (severe acute respiratory syndrome coronavirus)

- MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus) und das derzeit besonders bekannte und aktuelle
- SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

In einer in Amsterdam durchgeführten Studie wurde das Vorhandensein von einer eher harmlosen HCoV-NL63 Variante bei etwa 4,7 % der häufigsten Atemwegserkrankungen geschätzt. L. van der Hoek et al. "Human coronavirus NL63, a new respiratory virus" - In: FEMS Microbiology Reviews. 30, Nr. 5, September 2006, S. 760–773. doi:10.1111/j.1574-6976.2006.00032.x

HCoV-NL63 ist eines von 4 nur leichte Infektionen hervorrufenden, insgesamt sieben bekannten Vertretern der Coronaviridae, die den Menschen infizieren, darunter HCoV-229E, HCoV-OC43 und HCoV-HKU1.

Alle derzeit übereilt auf den Markt gebrachten Antikörper-Tests haben einen wesentlichen Makel: Sie sind für seriöse Evaluationen viel zu kurz in Gebrauch, um mögliche Fehl- und Kreuzreaktionen, Interaktionen bzw. Misinterpretationen mit den harmlosen Coronavirus-Varianten auszuschließen. Von daher ist ein relativer Schutz gegen SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19-Erkrankungen möglich, wenn früher schon Atemwegserkrankungen mit HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43 und HCoV-HKU1 durchgemacht wurden. Detail-Studien stehen dazu noch aus.

"SARS-CoV-2-reactive T cells in healthy donors and patients with COVID-19

von Julian Braun et al.

<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2598-9>

und die hier im Deutschen Ärzteblatt vorgestellte Publikation sind dazu ein möglicher Anfang.

Mf + KG, Dr. med. Thomas G. Schätzler, FAFAM Dortmund

PS. @ 1schwertfeger: Ihr "weil mit Angst und Panik gearbeitet wird,- und nicht durch Information und Aufklärung", diesen Unsinn glauben Sie ausgerechnet im Zusammenhang mit "Tröpfcheninfektion" und "Händewaschen" doch selbst nicht!



1schwertfeger

am Samstag, 1. August 2020, 01:10

Hände waschen



Diese Webseite verwendet Cookies

Um unsere Webseite für Sie optimal zu gestalten, fortlaufend zu verbessern, Artikel in sozialen Netzwerken zu teilen sowie zur interessengerechten Ausspielung von Anzeigen verwenden wir Cookies. [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

Basic Cookies zulassen

Cookies zulassen

Details zeigen ▼

Alle Rechte vorbehalten. www.aerzteblatt.de

Thrombosen, Herzinfarkte und Hirnblutungen sind nach allen Impfstoffen möglich

15.3.2021, Dr. Wolfgang Wodarg

Coronaviren und ihre Spikes kommen bei unkomplizierter Infektion nicht ins Blut. Die Immunbarrieren in den oberen Atemwegen verhindern das bei allen leichten Atemwegsinfektionen nicht nur für Coronaviren*.

Bei der Injektion von gentechnischen "Impfstoffen" in den Oberarmmuskel wird das jedoch **umgangen**. Es gibt dann **drei mögliche Risiken der Impfungen**, die ähnliche schwerwiegende Folgen haben können**:

1. Nach intramuskulärer Injektion muss damit gerechnet werden, dass die genbasierten Impfstoffe in die Blutbahn gelangen können und sich dann im Körper verbreiten [1].

In solchen Fällen muss sodann damit gerechnet werden, dass die Impfstoffe im Blutkreislauf verteilt und von Endothelzellen aufgenommen werden. Das sind die Zellen, mit denen Blutgefäßwände ausgekleidet sind. Es ist anzunehmen, dass solche Aufnahme in Endothelzellen insbesondere an Stellen mit langsamem Blutfluss, also in kleinen Gefäßen und Kapillaren, geschieht.

Wenn das geschieht, werden die genetischen Informationen der Impfstoffe (z.B. mRNA) jene Endothelzellen veranlassen, Teile von Spike-Proteinen zu produzieren und an ihren Oberflächen den vorbeifließenden Blutzellen zu präsentieren.

Viele gesunde Personen haben CD8-Lymphozyten, die im Blut patrouillieren und solche Corona-Spike-Peptide erkennen, was auf eine frühere COVID-Infektion, aber auch auf Kreuzreaktionen mit anderen Coronavirus-Typen zurückzuführen sein kann [3; 4] [5].

Wir müssen davon ausgehen, dass diese CD8-Lymphozyten bei Kontakt einen Angriff auf die entsprechenden Zellen starten. Dadurch kann es an unzähligen Stellen im Körper zu Gefäßwandschädigungen mit anschließender Auslösung der Blutgerinnung durch Aktivierung der Blutplättchen (Thrombozyten) kommen. Das geschieht also wenn der Impfstoff selbst ins Blut gelangt.

Zwei weitere Risiken entstehen, wenn nicht der Impfstoff mit seinen genetischen Informationen, sondern die von unserem Körper durch ihn induzierten und in unseren Zellen selbst hergestellten Spike-Proteine oder Teile davon ins Blut abgegeben werden.

2. Wenn solche gentechnisch in unseren Zellen erzeugten SARS-CoV-2-Spike-Proteine ins Blut gelangen, verbinden sie sich direkt mit den ACE2-Rezeptoren der Thrombozyten, was auch zu Blutverklumpungen und Thrombosen führt [6][7]. Das ist auch bei ganzen Coronaviren, die in seltenen Fällen ins Blut gelangen, beobachtet worden. Bei geimpften Personen wurde auch über so entstandene Thrombozytopenien berichtet [8][9][10].

3. Hinzu kommt die Fähigkeit der SARS-CoV-2-Spike-Proteine sehr stark Zellfusionen zu initiieren. Die dadurch entstehenden Riesenzellen können ebenfalls zu Gefäßverlegungen, Entzündungsreaktionen und Mikrothrombosen führen.(11)

Was kann bei allen drei Ursachen die Folge sein:

- Bei Blutuntersuchungen kann man das am Abfall der Thrombozytenzahl und am Auftreten von D-Dimeren (Fibrinabbauprodukte) im Blut erkennen.
- Klinisch kann es zu unzähligen Schäden in Folge von Durchblutungsstörungen im ganzen Körper, einschließlich im Gehirn, Rückenmark und Herz kommen.
- Wegen eines solchen Verbrauchs von Gerinnungsfaktoren und Blutplättchen können auch Blutungen in verschiedenen Organen auftreten und z.B. im Gehirn tödliche Folgen haben.

Wichtig ist: Für alle genannten Möglichkeiten, die zu einer disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC) führen können, fehlt bei allen drei Impfstoffen der Nachweis, dass diese vor ihrer Zulassung zur Anwendung am Menschen durch die EMA ausgeschlossen wurden.

**Die mit atypischen Virusinfektionen in die Kliniken eingelieferten Patienten haben zumeist auch Mehrfachinfektionen (12), die aber gerade in Zeiten der Fixierung auf Covid-19 leider nur selten differentialdiagnostisch abgeklärt werden.*

***Die ersten beiden dargestellten Fragen sind am 28.2.2020 auch von einer internationalen Wissenschaftlergruppe an die Europäische Arzneimittelzulassungsbehörde gestellt worden.*

Referenzen:

- [1] Hassett, K. J.; Benenato, K. E.; et al.(2019). Optimization of Lipid Nanoparticles for Intramuscular Administration of mRNA Vaccines, *Molecular therapy. Nucleic acids* 15 : 1-11.
- [2] Chen, Y. Y.; Syed, A. M.; MacMillan, P.; Rocheleau, J. V. and Chan, W. C. W.(2020). Flow Rate Affects Nanoparticle Uptake into Endothelial Cells, *Advanced materials* 32 : 1906274.
- [3] Grifoni, A. et al.(2020). Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals, *Cell* 181 : 1489-1501.e15.
- [4] Nelde, A.; Bilich et al. (2020). SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition, *Nature immunology*.
- [5] Sekine, T. et al.(2020). Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19, *Cell* 183 : 158-168.e14.
- [6] Zhang, S.; Liu, Y.; Wang, et al. (2020). SARS-CoV-2 bindet Thrombozyten-ACE2, um die Thrombose in COVID-19 zu fördern, *Journal of hematology & oncology* 13 : 120.
- [7] Lippi, G. et al. 2019 (COVID-19) infections: A meta-analysis, *Clin. Chim. Acta* 506 : 145-148.
- [8] Grady, D. (2021). A Few Covid Vaccine Recipients Developed a Rare Blood Disorder, *The New York Times*, Feb. 8, 2021.
- [9] Geoffrey D. Wool.: *The Impact of COVID-19 Disease on Platelets and Coagulation*, DOI: 10.1159/000512007
- [10] Gianni D, Ziogas IA, Gianni P. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past. *J Clin Virol.* 2020 Jun; 127: 104362.
- [11] Theuerkauf et al., *iScience* 24, 102170, March 19, 2021 [12] Nickbakhsh, Sema, (2019) Virus-virus interactions impact the population dynamics of influenza and the common cold, www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1911083116
- (12) Virus-virus interactions impact the population dynamics of influenza and the common cold, Sema Nickbakhsh, et al. (2019) MRC-University of Glasgow, Centre for Virus Research

Das Paul-Ehrlich-Institut fängt an zu reagieren

→ **DOWNLOAD der PEI-Info hier.** ←

FAQ – Temporäre Aussetzung COVID-19-Impfstoff AstraZeneca 1. Warum wurde das Impfen mit dem COVID-19-Impfstoff AstraZeneca ausgesetzt? In sieben Fällen (Stand 15.03.2021) wurde in zeitlichem Zusammenhang mit einer Impfung mit dem COVID-19-Impfstoff AstraZeneca eine spezielle Form von schwerwiegenden Hirnvenenthrombosen in Verbindung mit einem Mangel an Blutplättchen (Thrombozytopenie) und Blutungen festgestellt. [...]

Eine Zensur findet statt

Aber nennen Sie es um Himmels Willen bitte nicht so! Eine Kolumne.

<https://miloszmatuschek.substack.com/p/zensurfindetstatt>

Willkommen in der Diktatur. In der Corona-Diktatur. Huch, ist das nicht das Unwort des Jahres 2020? Ich benutze es trotzdem oder gerade deswegen. Denn die Zeit der kosmetischen Kritik ist vorbei. Man kann derzeit gar nicht schnell genug schauen, wie Kritiker stummgeschaltet und wegzensiert werden. Und wie schnell ganze Gesellschaften ihre Grundprinzipien über Bord werfen. Von der westlichen Wertegemeinschaft ist nur noch das übrig, was der Einzelne davon aufrecht erhält.

Oder kennen Sie eine Institution, die gerade glaubwürdig die Grundfesten der Demokratie verteidigt?

Freiheit ist unteilbar und Meinungsfreiheit gehört ebenso wie Gleichheit vor dem Gesetz und Gewaltenteilung zu den unverhandelbaren Pfeilern der Demokratie. Als die Weltgemeinschaft dabei zusah, wie Julian Assange in Isolationshaft in Großbritannien psychologischer Folter ausgesetzt wurde, und dazu weitgehend schwieg, befahl mich nicht nur wegen dieses Falls ein ungutes Gefühl sondern auch allgemein: Wenn es bei einer Person keinen Aufschrei gibt, dann kann man ebenso versuchen, Ähnliches der ganzen Bevölkerung anzutun.

Kommunistische Zwangsmethoden um individuelle Gefügigkeit zu erreichen
Der Biderman Report von 1956 und COVID-19

Chart des Zwangs	Covid-19
Isolation beraubt den Einzelnen der sozialen Unterstützung seiner Widerstandsfähigkeit Macht die Person vom Einführung abhängig Der Einzelne entwickelt eine intensive Sorge um sich selbst	Isolation Soziale Distanzierung Isolierung von Angehörigen, massive Arbeitsplätzeverluste Einzelhaftartige Quasi-Isolation Quarantäne, Konzentrationslager
Monopolisierung der Wahrnehmung Fixiert alle Aufmerksamkeit auf unmittelbare Zwangslage verdrängt alle Handlungen, die nicht mit der Gefügigkeit vereinbar sind Essentiellste Reize, die mit denen konkurrieren, die vom Einführung gesteuert werden	Monopolisierung der Wahrnehmung Bewegungseinschränkungen Schaffung von Monotonie und Langeweile Versammlungsverhinderung, Treffen, Konzerte, Sport
Inkurierte Schwäche und Erschöpfung Schwächt die mentale und körperliche Fähigkeit zu widerstehen Menschen werden durch Spannung und Angst ausgelastet	Inkurierte Schwäche und Erschöpfung Zwang zu Hause zu bleiben Nicht erlaubt Sport zu machen oder sich zu treffen
Bedrohungen Kultiviert Angst und Verzweiflung Gibt Forderungen und Konsequenzen für die Nichterfüllung	Bedrohungen und Einschüchterungen Drohung die Geschäfte zu schließen, Geldbußen Voraussetzungen Quarantäne zu verlängern, Zwangsimpfungen Schaffung von Konzentrationslagern (Quarantänebrecherlagern)
Geliebte Nachgiebigkeit Gibt Motivation für Gefügigkeit Behindert die Anpassung an den Entzug von Freiheiten Schafft Hoffnung auf Veränderung, Reduziert den Widerstand Das hält die Leute unsicher über das was geschieht	Geliebte Nachgiebigkeit Manche Geschäfte werden wieder geöffnet, z.B. Friseur, vielleicht Restaurants dürfen wieder aufmachen, aber nur bis zu einer gewissen Kapazität Die Leute dürfen sich ein wenig mehr versammeln Nach den Zigarettenrisiken werden die Regeln nochmals verschärft
Degradierung Widerstand wird als schlimmer als Gefügigkeit erscheinen lassen Erschaffen des Gefühls der Hilflosigkeit Erschaffen von Angst vor Freiheit, Abhängigkeit gegenüber den Einführungern	Ermüdungs- und Degradierungsverfahren Leute anschwärzen, die Masken ablehnen, nicht distanzieren Leute in Kreisen stehen lassen oder zwischen Linienständern Leute draußen in Schlängen stehen lassen, im Regen, frierend Desinfektionsstationen überall Analabstriche
Durchsetzung trivialer Forderungen Gefügigkeitsgewohnheit entwickeln Forderungen werden absichtlich unlogisch und sich widersprechend gemacht Gefügigkeit langsam ändern sich von Woche zu Woche klar machen, wer die Anzeiger hat	Durchsetzung trivialer Forderungen Familienmitglieder müssen zueinander stehen Masken zu Hause, sogar wenn man Sox hat Wirkliche Grenzwerte zu Infektionszahlen Wirkliche Grenzwerte wie viele Leute zusammen sein dürfen Dauernde Verwendung von Desinfektionssprays

Diese obige Zwangsart ist von Biderman, Report: für kommunistische Gehirnwäsche erproben und auch von Dr. Christoph v. Gans, Dipl.-Ing. MBA, M.A., CEO von GansCom Global überträgt. Reproduktion, Verlesungen und Anpassungen sind gerne erwünscht.
 Diese Techniken wurden von Chinesen und Nordkoreanern bei gefangen genommenen US-Soldaten verwendet um sie psychischen und physischen Gefangenschaft machen. Dr. Albert D. Biderman, M.A. präsentierte seinen Bericht bei der New York Academy of Medicine am 13. Nov. 1956.
Download als Google-Tabelle unter: <https://tinyurl.com/9t8tVda3>
 Biderman-Report: <https://www.fda.gov/oc/ohrt/ohrt-reports/biderman-report>
 Albert D. Biderman: <https://www.fda.gov/oc/ohrt/ohrt-reports/biderman-report>
 München, 18. Februar 2022 - <https://www.fda.gov/oc/ohrt/ohrt-reports/biderman-report>

In der kommunistischen Daumenschraube

Nun, man tut es gerade in gewisser Weise. Die Zwangsmaßnahmen in Sachen Covid folgen 1:1 den psychologischen Zwangsmethoden chinesischer Kommunisten, die der Soziologe Albert Biderman in den 50er Jahren kategorisiert hat: Dieses Chart halte ich für das wichtigste Chart des Jahres. Nur wer erkennt was einem widerfährt kann dagegen etwas tun.

<http://wordpress.von-gamm.com/2021/02/biderman-report-und-covid-19/#>

Und wo bleibt der Aufschrei? Suizide und Pleiten nehmen gerade sprunghaft zu, ebenso psychische Befindlichkeitsstörungen; die Welt wie wir sie kannten wird gerade ausgelöscht und jeder Widerspruch daran in die Nähe von Verschwörungstheorie und Spinnerei gestellt. Aber die größte Sorge der Diskursraumvermesser und Rote-Linien-Verwalter ist stets nur die eine: Bitte nennen Sie es um Himmels Willen nicht Diktatur!

Zuletzt tat das der Merkel-Vertraute und Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Stephan Harbarth, der aktuelle Vergleiche mit Diktaturen für „absurd“ hält. Wie wäre es, Herr Harbarth, wenn man statt echauffierte Begriffskritik zu üben, einfach mal an der Beseitigung der Absurdität der gegenwärtigen Lage arbeiten würde? Die Bürger warten gespannt auf die Urteile in der Hauptsache aus Karlsruhe. Und ich kann Ihnen versichern: Man wird dem Bundesverfassungsgericht und Ihnen besonders in den nächsten Monaten sehr genau bei der Arbeit zusehen.

Dass sich diktatorische Elemente gerade in Windeseile ausbreiten, kann jedenfalls nur demjenigen verborgen bleiben, der im Karlsruher Schlossbezirk unter einem Stein schläft.

Der Mief des doktrinären Konformismus

Gegen den sich schon länger ausbreitenden ideologischen Konformismus in der Wissenschaft haben sich soeben über 70 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener Disziplinen zu einem „Netzwerk Wissenschaftsfreiheit“ zusammen getan. <https://www.netzwerk-wissenschaftsfreiheit.de/en/home-2/>

Ideologiefreies Forschen mit dem Hauch einer Chance um Förder- und Drittmittel ist inzwischen fast ein Ding der Unmöglichkeit geworden. Der Geist des doktrinären Kollektivismus hat sich in sämtliche Institutionen geschlichen, egal ob Wissenschaft, Politik, Kirchen, Medien und Kulturbetrieb. Wer sich der Doktrin kritisch entgegenstellt, wird kaltgestellt.

Besonders drastisch erlebte das vor kurzem der Wirtschaftsethiker Christoph Lütge, Professor an der TU München. Da er u.a. Lockdowns für unverhältnismäßig hält, wurde er kurzerhand von Markus Söder aus dem Bayerischen Ethikrat entfernt. Begründung: keine. Es gilt auch hier der zensorische Imperativ: Wen du evidenzbasiert nicht widerlegen kannst, den zensiere, schalte stumm und cancel! Je stärker der doktrinäre Geist des “Pandemie-Wir” regiert, desto eher wird aus jedem Abweichler von der Doktrin ein Pariah, ein Außenseiter und Aussätziger.

Man produziert so aber keinen Konsens, sondern nur Märtyrer und Helden der Gedankenfreiheit. Und arbeitet zudem konsequent an der Unterminierung der eigenen Glaubwürdigkeit.

Cancel Culture ist eine Verzweiflungstat, ein Handeln aus Schwäche. Im Fall von Söder ist es der Beweis für Führungsversagen aus intellektueller Unfähigkeit, Kritik zu widerlegen. Es ist Angst vor der Schwäche der eigenen Position. Durch den Rauswurf von Lütge fragen sich nur noch mehr Menschen: Was, wenn er Recht hat?

Einen größeren Bären dienst für ein Beratungsgremium kann man sich jedenfalls kaum vorstellen. **Wer wird einen Ethikrat noch ernst nehmen, der das Denken unter den Gefälligkeitsvorbehalt eines Markus Söder stellt?** Dieser bayerische Ethikrat kann eigentlich jetzt nur eines machen: Geschlossen zurücktreten und sich selbst auflösen. Söder will ein Gremium von promovierten und habilitierten Claqueuren für seine Regierungspolitik. Wenn die Mitglieder dieses Gremiums noch einen Funken intellektueller Redlichkeit besitzen, sollten sie dem Kasperletheater jetzt ein Ende setzen und ihrem gechassten Kollegen aus Solidarität nachfolgen. Das Etikett „Mitglied im bayerischen Ethikrat“ wird sonst wie ein Branding für Negativauslese an ihnen kleben bleiben. Wie eine Art Karnevalsorden. Oder ein Journalistenpreis. Oder das Bundesverdienstkreuz.

Das Meinungskartell von Social Media

Die deutlichste Zensur findet gerade bei sozialen Netzwerken statt. Wo sich doktrinäre Politiker mit ebenso doktrinären Tech-Giganten zusammenschließen, ist die Dystopie nicht mehr weit. Doch auch hier wieder: begriffliche Haarspalterei. Es sei doch gar nicht „Zensur“, denn es betrifft Privatunternehmen, die dürfen tun, was sie wollen. Oder?

Nun ja, nicht ganz. Ebenso wenig wie eine Diskothek Zutritt nur für Weiße gewähren oder ein Unternehmen eine Ausschreibung nur für männliche Bewerber durchführen darf.

Und man muss gar nicht erst bei der „mittelbaren Drittwirkung“ von Grundrechten anfangen, die eben auch auf Private ausstrahlen können. **Es geht schlicht um eine Vermischung der Rollen. Niemand darf Richter in eigener Sache sein. Wenn Techunternehmen anfangen, eine Inhaltskontrolle für Meinungen und für Wettbewerber (siehe Parler) einzuführen, ist die Grenze deutlich überschritten. Dann haben wir es mit einem Kartell zu tun. Und Kartelle als Feinde von Freiheit und Wettbewerb gilt es zu zerschlagen. Besonders wenn Sie eine klebrige Nähe zu Staaten aufweisen.**

Die großen Techgiganten sind längst mehr als nur Privatunternehmen. Sie sind Infrastruktur-Verwalter und Distributionskanäle für die freie Meinungsäußerung. Facebook ist eine Art digitales Einwohnermeldeamt.

Der Inhalt auf den Plattformen wird durch staatliche Gesetze wie das Netzwerkdurchsetzungsgesetz reguliert, man arbeitet in Sachen Datenaustausch mit Staaten zusammen, macht sogar die Covid-19-Sprachregelungen der WHO zum Teil der eigenen Geschäftsbedingungen.

Der Staat flüchtet sich über die Regulierung privater Unternehmen vermeintlich ins Privatrecht und glaubt, seine Hände in Unschuld waschen zu können, wenn in seinem Interesse zensiert wird.

Mit dem gleichen Argument könnte er private Sicherheitsfirmen anheuern, die im staatlichen Auftrag Folter durchführen oder private Spione per Werkvertrag verpflichten, Grundrechte zu umgehen. Ach ja, letzteres passiert ja schon, Stichwort NSA und Guantánamo.

Der nächste große Schritt muss sein, neue Kommunikationssystem aufzubauen, die dezentral und unzensierbar sind und deren Geschäftsmodell nicht auf dem Verkauf persönlicher Daten beruht. **Die Macht liegt beim Konsumenten, bei den vielen organisierten, aufgeweckten und unabhängig denkenden Individuen.** Vor diesen haben Mächtige gerade sehr viel Angst. Wer zensiert, cancelt und stummschaltet, sollte sich stets die Worte von König Pyrrhos I. vor Augen halten:

„Noch so ein Sieg und wir sind verloren.“