



## „Ich blieb in meiner Abteilung der einzige Ungeimpfte von 40 Ärzten“

Ein Klinikarzt berichtet für Multipolar, wie er die Corona-Krise, die Impfkampagne und den mangelhaften Umgang mit schweren Nebenwirkungen erlebt hat. Er spricht von „Angstinduktion“ und einer „Pandemie in den Köpfen“. Seine Identität ist der Redaktion bekannt.

REDAKTION, 16. Juli 2022, 0 Kommentare

Im Frühjahr 2020 hörte ich zum ersten Mal vom „neuartigen Coronavirus“ aus den Medien. Bei uns im Krankenhaus wurde das Thema Corona ab Februar, März dann auch zunehmend präsent. Dass der Erreger sich „bereits vor Auftreten von Krankheitssymptomen aerogen verbreiten“ sollte, war eines der mutmaßlich „neuartigen Merkmale“ dieses Virus<sup>1</sup> – was allerdings – das habe auch ich erst später erfahren – offenbar eher die Regel als eine Ausnahme bei der Übertragung viraler Erkrankungen ist. Bis 2020 gab es auch keinen Grund, Personen vor Auftreten von Krankheitserscheinungen zu testen (sprich Asymptomatische zu screenen). Insofern war dieser Aspekt im klinischen und ärztlichen Alltag vorher eher eine Randnotiz ohne augenscheinliche Relevanz.

### Erfahrungen mit Triage schon vor Corona

In besagtem Frühjahr arbeitete ich bereits seit fast 15 Jahren in einer Klinik der Regionalversorgung im Süden Deutschlands mit nicht ganz 2000 Beschäftigten und circa 600 Betten. Ich bin unter anderem auch seit vielen Jahren auf der Intensivstation (mit über 20 Betten) zuständig, auf der ich seit meinem Beginn vor über 10

Jahren vor allem in der kalten Jahreszeit die Notwendigkeit zu triagieren nur zu gut kenne, da auf Grund eines de facto chronischen Personalmangels so gut wie nie alle auf dem Papier vorhandenen Intensivbetten betrieben werden konnten und können. Dass ein Drittel (!) der Betten nicht belegbar ist auf Grund oben genannter Problematik, stellt eher die Regel als die Ausnahme dar und ist auch kein Phänomen unserer Klinik, wie mir Kollegen aus anderen Kliniken versichert haben.

Inwiefern hier auch wirtschaftliche Aspekte (Stichwort Personalkosten als einer der höchsten Kostenpunkte in einem Betrieb) eine Rolle spiel(t)en, lässt sich für mich nur erahnen. Die Entscheidung, jemandem eine nach ärztlichem Ermessen intensivmedizinische Versorgung zukommen zu lassen beziehungsweise, diese zu beenden und die- oder denjenigen auf die Normalstation zu verlegen, musste also bereits vor Corona schon regelmäßig auf Grund nicht- medizinischer Einflussfaktoren getroffen werden und stellt ein nicht zu unterschätzendes Problem nicht nur für die Versorgungssituation der betroffenen Patienten, sondern auch für das Personal dar, das diese Triagierung verantworten muss.

Für mich als jungen Arzt gab es kaum einen größeren Stressfaktor, als solche Entscheidungen treffen zu müssen. Meine größte Sorge auf dem Weg vor allem zu den Nachtdiensten war oftmals nicht die vor einem schwerwiegenden medizinischen Notfall, sondern, wie viele Betten wohl belegbar bzw. gesperrt sind.

## **Gesundheitssystem entwickelt sich zu krankem System**

Überspitzt formuliert muss der Personalmangel (aus welchen Gründen auch immer) als einer der Hauptgründe aufgeführt werden dafür, dass auch bereits in der Vergangenheit routinemäßig triagiert werden musste. Für uns alle sollte das ein Warnhinweis sein, dass sich das Gesundheitssystem immer mehr zu einem kranken System entwickelt, wenn hier nicht endlich ein Umdenken stattfindet. Betrachtet man die zunehmende Schließung und Privatisierung der Kliniken in Deutschland, fehlt einem aber der Glaube daran, dass sich alles zum Guten wendet.

Dass über die Medien „Triage“ mit Corona im Bewusstsein der Menschen verankert wurde, ist zudem bezeichnend für ihre Rolle während der Pandemie und vielleicht auch Ausdruck einer kalkulierten „Steuerung der Menschen“ (um das Wort Manipulation nicht zu gebrauchen) über das Momentum der Angst – wie es Rainer Mausfeld eindrücklich in seinem Werk „Angst und Macht“ beschreibt: Dass die „Bilder von Bergamo“ einige der ersten waren, die lanciert wurden, dürfte deshalb nicht weiter überraschen, dadurch war die Richtung vorgegeben, die Bevölkerung war in Angst versetzt und dadurch leicht steuerbar, die Politik hatte ein Argument, das vermeintlich schwer zu entkräften war und auch umfassende und beispiellose Grundrechtseinschränkungen ohne größeren gesellschaftlichen Widerstand konsensfähig zu machen schien: „Nur kein zweites Bergamo!“.

Auch bei uns in der Klinik stellte sich langsam – in der Anfangsphase auch bei mir – Sorge und Angst ein vor der prognostizierten Welle an Coronapatienten: „Was, wenn das Krankenhaus überläuft auf Grund der vielen Coronafälle? Wohin mit den ganzen (restlichen) Patienten?“ Es wurden mit einer gewissen Hektik Pläne erstellt, um für den Fall der Fälle zusätzlich Patienten versorgen zu können, die Lokalpolitik (hier hatte ich Einblicke in den E-Mail-Verkehr der Landräte mit den leitenden Ärzten der Intensivmedizin) hat fieberhaft die Suche nach zusätzlichen Beatmungsgeräte vorangetrieben. Soweit ich weiß, kam kein einziges davon zum Einsatz – einerseits, weil nicht zeitgleich auch mehr qualifiziertes Personal vorhanden war für die Beatmungsgeräte,

andererseits, weil die Flut an schwer kranken Coronafällen zumindest bei uns ausblieb. Zudem entsprachen die eilends herbeigeschafften (und durch das Land finanziell geförderten) Geräte zum Teil offenbar auch weniger den üblichen Qualitätsanforderungen und hätten unter Umständen sogar zu einer Gefährdung der Patienten führen können.

## Erste Irritationen

Nachdem WHO und RKI sowie zahlreiche „Experten“ Schreckensszenarien an die Wand gemalt – beziehungsweise auf rückblickend mehr als fragwürdigen Modellierungen von „Experten“ wie Neil Ferguson vom Imperial College vertraut hatten, war (zunächst auch bei mir) die Reaktion entsprechend von Hektik und Angst geprägt und im Frühjahr 2020 irgendwie (noch) nachvollziehbar.

Ich persönlich war dann erstmalig irritiert ob der Aussagen des RKI bzw. von dessen Präsidenten, Lothar Wieler, man solle die Anordnungen „niemals hinterfragen“ und den Experten und offiziellen Stellen vertrauen – im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin eine „unglückliche“ Aussage, ebenso der Verweis darauf, Todesfälle, die in Zusammenhang mit Corona auftreten, aus Gründen einer potentiellen Übertragungsfahr nicht zu obduzieren. Die einzig richtige Antwort vom Hamburger Pathologen Prof. Püschel ließ nicht lange auf sich warten und warf erstmals und zu einem relativ frühen Zeitpunkt ein etwas fragwürdiges Licht auf die offiziellen Stellen.

Aber zu vermehrter kritischer Distanz zum offiziellen Narrativ hat dies offenbar bei vielen Menschen nicht geführt. Hier dürften die durch eine Angstinduktion ausgelösten psychologischen Prozesse eine Rolle gespielt – und entwicklungsgeschichtlich ältere Hirnareale die Oberhand über Vernunft und rationale Überlegungen erlangt haben. Um zu verstehen, wie solche Prozesse der Lenkung größerer Bevölkerungsgruppen ablaufen, habe ich zum ersten Mal von den psychologischen Vorgängen, die durch das Milgram-Experiment und das Ash-Phänomen beschrieben werden, erfahren. Unter anderem dürften diese beiden Experimente die wesentlichen Vorgänge dieser „Pandemie in den Köpfen“ treffend beschreiben und auch eine schlüssige Erklärung für das Verhalten vieler-, auch nahestehender Menschen während der letzten Jahre liefern.

Während in der Klinik Anfang 2020 also alles nach den Vorgaben von RKI und den Ministerien ablief und wenig Kritisches auch von Kollegen zu vernehmen war, wurde ich – vielleicht auch der Tatsache geschuldet, dass ich mich zusätzlich zu den Informationen aus den Mainstream-Medien, derer man sich im Alltag kaum entziehen kann, auch über alternative, kritische Medien wie Multipolar, Nachdenkseiten, Arzneimittel-Telegramm etc. informiere, Mitte März 2020 erneut stutzig, als eine „exponentielle Zunahme“ der Coronafälle bzw. der als „Inzidenz“ bezeichneten neu gemeldeten Fälle kolportiert wurde, ohne darauf hinzuweisen, dass diesem Phänomen lediglich eine starke Zunahme der durchgeführten Tests zugrunde zu liegen schien.

Konnte man die initialen Aussagen von Lothar Wieler & Co. noch als „fragwürdig“ einstufen, hatte das nun eine ganz andere Qualität: Es handelte sich nun um eine offenbare Irreführung bzw. Täuschung der Bevölkerung, die immer mehr in einer Angstspirale gefangen war. Angesichts der Tatsache, dass diese Version von allen offiziellen Stellen auch so verbreitet wurde und es die große Mehrheit nicht zu stören schien, da auch nicht hinterfragt – sondern „vertraut“ wurde, war bei mir zu diesem frühen Zeitpunkt bereits ein Großteil des Vertrauens dahin. Da Statistik (leider) keinen allzu großen Raum im Medizinstudium einnimmt, kontaktierte ich Statistiker, die die Einschätzung teilten, dass wahlweise relative- und absolute Zahlen, je nach Opportunität, in

den Meldungen gestreut wurden, ohne dass eine konstante Bezugsgröße erkennbar wäre, was mich in meiner Einschätzung bestätigte.

Ich möchte bei aller berechtigter Kritik nicht unerwähnt lassen, dass während der ersten Welle auch bei uns nicht wenige Menschen, zum Teil auch jüngere, schwer „an Corona“ erkrankten, wobei die große Mehrzahl ein entsprechendes Alter bzw. Vorerkrankungen und Risikofaktoren aufwies, es starben auch viele nach langem Krankheitsverlauf und vor allem die Pflegekräfte und Ärzte auf der Intensivstation waren – mal wieder – überlastet. Zu meinem Erstaunen wurde aber alles auf Corona projiziert, vergessen die Jahre zuvor, in denen die Patientenversorgung zum Teil ähnlich prekär war, vergessen war, dass viele Intensivbetten auch während der Hochinzidenzzeiten wegen Personalmangel gesperrt blieben, zum Teil waren sogar mehr Betten gesperrt als durch Coronapatienten belegt – all das schien niemanden (mehr) zu stören, zu groß war die „Coronahysterie“.

Der Winter 2017/2018, der rückblickend ein ähnliches „Überlastungsszenario“ bei uns in der Klinik geschaffen hatte wie Corona 2020, blieb mir trotz der Erfahrungen mit Corona fast noch schlimmer in Erinnerung, was die Logistik und Triagierung von Influenza- (und wenigen RSV-) Patienten betraf, wohlgemerkt ohne Testung sämtlicher Patienten, die stationär aufgenommen wurden (lt. RKI bleiben 1/3 der Influenzafälle asymptomatisch) und bei Erkrankungen, gegen die es eine Basisimmunität und zum Teil Impfstoffe gibt.

Das Problem der Corona-Pandemie war in meinen Augen aber nicht nur der Personalmangel, das Virus traf mit all seinen Begleitumständen, den politischen wie medizinischen Vorgaben auf ein Gesundheitswesen, das sich im Kern an das DRG-System adaptiert hatte: Ein System, das über Jahre mit einem bestimmten Bettenkontingent und Personalschlüssel politisch-ökonomische Zielvorgaben mehr schlecht als recht erfüllen konnte. Faktoren wie die Mitarbeiter- oder Patientenzufriedenheit werden kaum mehr erfasst, da es dafür ja auch keine Abrechnungsziffer gibt. Zu meiner Anfangszeit gab es noch Fragebögen zur Mitarbeiterzufriedenheit und am Eingang prangerte ein Schild „Mitarbeiter-freundliches Krankenhaus“ – das scheint gefühlt Jahrzehnte her zu sein.

## **„Impfstoffe“ als heiliger Gral**

Die sogenannte zweite Welle verlief relativ ähnlich, die Probleme waren nach wie vor dieselben und alles war auf die „Impfstoffe“ fokussiert, der „heilige Gral“, der Erlösung bringen sollte. Mir war noch der Skandal um Tamiflu in Erinnerung, als die Firma Roche 2013 um die 13 Mrd. Euro mit einem Ladenhüter erlöste, weil lediglich 2 Studien publiziert wurden, die einen positiven Effekt des Virostatikums auf Komplikationen einer Influenza belegen sollten. Später wurden dann auf Druck der Cochrane Collaboration weitere Daten, die keinen signifikanten Effekt erkennen ließen, veröffentlicht. Diese Art von „publication bias“ stellt aber nur *eine* Methode dar, ein Medikament in einem anderen Licht erscheinen zu lassen, als dem Zwielficht, in dem viele-, vor allem neue- und wenig erprobte Medikamente leider stehen.

Als die vorläufige Zulassung dann – wenig überraschend – erteilt wurde, meldeten sich auch fast alle Kollegen zur Vakzinierung, offenbar, ohne sich die Studiendaten genauer angeschaut zu haben oder einen objektiven und sachlichen Überblick über die eigentliche Gefahr durch das Virus sowie die Wirkung der neuartigen mRNA- und Vektor-„Impfstoffe“ zu haben bzw. sich gemacht zu haben. Mir persönlich schien es, sowohl nach Durchsicht der Zulassungsstudien wie auch nach Überprüfung meines individuellen COVID-Erkrankungsrisikos (welches

sich nach [www.qcovid.org](http://www.qcovid.org) auf weniger als 1% belief), unschlüssig, weshalb ich mich nicht auf mein seit Jahrmillionen evolutionär entwickeltes Immunsystem verlassen und stattdessen Stoffen vertrauen sollte, die noch nie als Impfstoffe zugelassen wurden bzw. funktioniert haben, deren Nebenwirkungsprofil unklar und deren Wirksamkeit in den Zulassungsstudien zumindest fragwürdig war – insbesondere auch hinsichtlich der Vermeidung Patienten-relevanter Endpunkte wie „schwere Verläufe“ und „Gesamtsterblichkeit“ – und zu denen es keine valide Aussage zur Verringerung der Wahrscheinlichkeit der Virusübertragung gab.

Es war offenkundig, dass kritisches Nachfragen auch gar nicht gewünscht war. „Wir müssen 7 Milliarden Menschen impfen“ war das mehr als zweifelhafte Motto der Stunde, ausgegeben von jemandem, der de facto überhaupt keine Legitimation besitzt bzw. haben dürfte, derartige Forderungen zu stellen.

Ich blieb in meiner Abteilung letzten Endes der einzige Ungeimpfte von circa 40 Ärzten und bin es weiterhin. Es kamen spätestens vor der „Boosterung“ auch Kollegen auf mich zu, ob ich denn „nicht langsam Angst“ hätte und warum ich mich denn nicht impfen lasse. Auf die Fragen „Angst wovor?“ oder ob sie sich denn die Zulassungsstudien mal angeschaut hätten, kam relativ wenig zurück.

Ein gutes Gefühl war es nicht, quasi allein dazustehen, wenngleich es keine offenkundigen verbalen Angriffe gab (wie es sie z.B. gegen viele Pflegekräfte oder auch bei meiner Frau, die nicht im Gesundheitswesen arbeitet, in der Arbeit gegeben hat) oder ähnliches, aber es war eine stressige Situation und ich habe vieles gelernt während der vergangenen beiden Jahre: Über die Macht der Angsterzeugung, über die Sehnsucht, einer Gruppe anzugehören, über die Abgründe, die sich auftun, wenn eine größere Masse vermeintlich auf der „guten Seite“ steht und einer Minderheit zeigen muss, „wo es lang geht“, über die Rolle der Medien in solchen „Krisen“, über die Beeinflussbarkeit der Politik und über viele (massen-)psychologische Phänomene – Milgram und Ash sind nur zwei davon.

## **Kritiker organisieren sich**

Irgendwann habe ich erfahren, dass sich in sozialen Netzwerken eine Klinik-Gruppe ungeimpfter Mitarbeiter organisiert hat. Dieser beizutreten war eine regelrechte Erlösung, zu sehen, dass man nicht allein ist – in dem Moment und von da an für lange Zeit von unschätzbarem Wert – nicht nur für mich. Die Gruppe wuchs schnell auf über 120 Personen an und diente als Ventil und Austauschplattform. Wir haben Schreiben an die Geschäftsleitung verfasst, um gegen de facto diskriminierende Verordnungen zu reagieren und uns zu positionieren, haben versucht, auf die Ungerechtigkeiten und die Widersprüche hinzuweisen und interne Daten von Patienten und Mitarbeitern, die die offiziellen Narrative mit zunehmender Pandemiedauer konterkariert haben, (anonymisiert) gesammelt. Allein, auf Gehör sind wir nicht gestoßen, die Klinikleitung hat – in irgendwie auch nachvollziehbarer Weise – auf die politischen Vorgaben verwiesen, was durchaus legitim war. Ein Arbeitgeber hat meiner Ansicht nach aber andere Mittel und Wege, den Beschäftigten intern aufzuzeigen, dass eine Diskriminierung (im Wortsinne nach „Unterschiede zu machen“) nach Impfstatus nicht vorgesehen ist – davon hat man relativ wenig gespürt.

Persönlich wurde ich nicht nur zum ärztlichen Direktor-, sondern auch zu meinem unmittelbaren Vorgesetzten zitiert – die Gespräche liefen für mich etwas überraschend erstaunlich harmonisch und verständnisvoll ab, vielleicht, weil ich relativ gut vorbereitet war, da ich mich intensiv mit allen möglichen Daten und Zahlen beschäftigt hatte und so im Prinzip die meisten Argumente problemlos entkräften konnte – zudem war mir

auch an einer einvernehmlichen Lösung gelegen. Unter vier Augen stimmten mir Chefärzte sogar größtenteils zu, vermutlich ihrer Position geschuldet war die Kommunikation nach außen aber eine andere.

Anfangs hatte man noch einen gewissen Schutzeffekt der „Impfungen“ zumindest nach der prozentualen Verteilung schwerkranker Geimpfter und Nicht-Geimpfter in Bezug auf COVID-19 erkennen können. Hier möchte ich noch auf einen interessanten Aspekt von Impfungen, den Peter Doshi, Mitherausgeber des BMJ, schön dargelegt hat, aufmerksam machen: Den ‚Healthy User Effekt‘: Studien zur Influenza-Impfung, die in den Wintermonaten durchgeführt wurden, belegten zum Teil eine (relative) Mortalitätssenkung von fast 50 % bei Influenza-Geimpften im Vergleich mit Ungeimpften. Eine Gruppe von Wissenschaftlern hat dann gezeigt, dass dieser Effekt auch außerhalb der Influenza-Saison nachweisbar zu sein scheint, sodass fraglich ist, welchen Anteil die Impfstoffe dazu beigetragen haben. Eine schlüssige Erklärung ist, dass sich die Kollektive (Geimpfte / Un-) in ihren Risikofaktoren und ihrer Konstitution unterschieden, da es sich bei solchen Studien offenbar oftmals um nicht randomisierte (Beobachtungs-) Studien handelt und sich somit mehrere Faktoren (sozioökonomischer Status, Familiengröße, Gesundheitsverhalten generell etc.) summieren.

Zudem wurde mir die Definition von ‚Wirksamkeit‘ im Sinne einer lediglich *relativen* Risikoreduktion vor Augen geführt: Eine Wirksamkeit von 95% bestand also, weil von ca. 42.000 Personen 170 an Corona erkrankten (zum Großteil noch mit relativ milden Symptomen), und davon eben 95% Ungeimpfte waren. Dass von den über dreihundert Probanden, die „auf Grund von Protokoll-Verstößen“ aus den „intention to treat“-Analysen aus nicht näher bezeichneten Gründen ausgeschlossen wurden, drei Viertel Geimpfte waren, soll hier unberücksichtigt bleiben, ebenso, dass in Zwischenauswertungen, die Biontech der FDA vorlegte, die Gesamtmortalität offenbar gleich war in beiden Gruppen. Ironischerweise könnte man auch dann eine Wirksamkeit von 95% beanspruchen, wenn von allen 7 Mrd. Menschen auf der Welt absolut betrachtet exakt die gleiche geringe Anzahl in oben angegebenem Verhältnis positiv wäre: also 170 von 7 Mrd. Menschen positiv, davon 95% Ungeimpfte – Wirksamkeit sagt somit relativ wenig über den Nutzen einer Impfung aus, auch wenn das Beispiel zur Veranschaulichung extrem verzerrend ist.

## **Lebensbedrohliche Nebenwirkungen**

Die erste lebensbedrohliche Nebenwirkung bekam ich in einem meiner Dienste im Juli 2021 mit: Ein knapp 40-jähriger bis dato gesunder Mann kam spätabends zu Fuß in die Notaufnahme mit seit einigen Tagen bestehenden Bauchschmerzen. Sein Zustand verschlechterte sich in den darauffolgenden Stunden rapide, er wurde mit einer Thrombosierung diverser großer Gefäße im Abdomen und konsekutivem Schock mit schlechter Prognose an das nächstgelegene Zentrum verlegt. Überlebt hat er mit „Ach und Krach“ nach 5 Wochen Intensivstation und zahlreichen operativen Eingriffen. Ihm war wenige Wochen zuvor ein Vektor-„Impfstoff“ appliziert worden. Zu meiner Überraschung, um nicht zu sagen Entsetzen, empfahl die entlassende Uniklinik „die zweite Impfung mit einem mRNA-Impfstoff durchzuführen“.

Auch im Klinikum wurden bei Kollegen – meist vergleichsweise „harmlose“ – Nebenwirkungen festgestellt, die sicher ein Drittel der Geimpften 1-2 Tagen arbeitsunfähig machten – in der Form ist das sicherlich auch ein Novum. Aber ich hatte den Eindruck, dass selbst diejenigen, die nach Boosterung kollabierten, diese nicht in Frage stellten, es wurde so „hingebogen“, dass die Impfungen dann ja besonders effektiv, besonders „stark“

seien. Die Frage, ob man, wenn man aber keine heftigen akuten Nebenwirkungen bekommen hat, dann folglich auch keine Wirkung erwarten könnte, stellte aber niemand.

Trauriger Höhepunkt war dann zunächst, dass die Frau eines geschätzten Kollegen einen Augeninfarkt erlitt und auf einem Auge nun so gut wie blind ist. Von den behandelnden Ärzten wurde ein möglicher Zusammenhang verneint, sogar, als mein Kollege sie explizit darauf ansprach. Dasselbe Muster konnte man immer wieder beobachten, selbst, als ein (allerdings) schwer vorerkrankter Mann Anfang 40 einige Wochen nach der Booster-„Impfung“ mit einer fulminanten Embolie verstarb und die Lebensgefährtin berichtete, dass es ihm nach den „Impfungen“ immer schlechter ging, wurde ein solcher Zusammenhang nicht einmal erwogen. Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich kann nicht sagen, ob die „Impfung“ letztlich den Tod mit herbeigeführt hat, aber ich kann es eben auch nicht ausschließen. Eine Kollegin, die ich, nachdem eine junge Frau eine Thrombose im Kopf nach Vektor-„Impfung“ erlitten hatte, fragte, ob sie das denn gemeldet haben, entgegnete, sie wüsste gar nicht, wie das geht.

## **Nebenwirkungen zu 95 Prozent nicht gemeldet**

Beim Thema „Meldung von Nebenwirkungen“ gibt es zwei gravierende Probleme: Erstens muss ein Bewusstsein geschaffen werden für mögliche Zusammenhänge, den viele Kollegen nicht erkennen können (oder wollen) und zweitens benötigt es (traurigerweise) Anreize, diese dann auch zu melden, da Zeit normalerweise ein knappes Gut ist im ärztlichen Alltag. Beispielhaft könnte man die Meldung ebenso vergüten wie eine Corona-„Impfung“ – es gäbe zahlreiche Möglichkeiten, wollte man eine saubere Datenbasis schaffen.

Im weiteren Verlauf nahmen dann Myokarditiden bei jungen Patienten zu, die teilweise sogar von Kollegen in Zusammenhang gebracht wurden mit den „Impfstoffen“, da es bereits wissenschaftliche Hinweise gab, dass hier ein Zusammenhang bestehen könnte – bis zu einer Meldung ist es dann aber doch noch ein weiter Weg und wenn ich schätzen müsste, würde ich sagen, dass 95% der Nebenwirkungsmeldungen im Alltag schlicht untergehen.

Ein weiterer seltsamer Fall war der einer 65-jährigen Frau, die offenkundig eine Creutzfeld-Jakob-Erkrankung entwickelte und deren Zustand sich innerhalb weniger Wochen dramatisch verschlechterte. Ich hatte wenige Wochen zuvor erst eine Arbeit gelesen, in der die Autoren darlegen, dass innerhalb des „Impf“-Spikeproteins, welches durch die modifizierte mRNA synthetisiert wird, gewisse Sequenzen vorhanden sind, die zu einer Fehlfaltung des Proteins führen und dem „Impf“-Spikeprotein Prion-Eigenschaften verleihen können (das BSE Prionprotein besitzt demnach 10 solcher Sequenzen, das „Impf“-Spikeprotein „nur“ 5). Allein schon rein statistisch schien es ebenfalls sehr unwahrscheinlich, dass eine Erkrankung, die im Schnitt bei 1:1 Mio. auftritt, in einem Klinikum mit einem Einzugsgebiet von gerade mal 100.000 Personen diagnostiziert wird, aber es gab im letzten Jahr gefühlt viele solcher „Zufälle“.

## **Einrichtungsbezogene Impfpflicht sinnfrei**

Aktuell versuchen wir in unserer Klinik mehr oder weniger verzweifelt darzulegen, wie sinnfrei die einrichtungsbezogene Impfpflicht ist, da bei uns, das haben wir analysiert, 80 bis 90 Prozent der Mitarbeiter, die wegen eines positiven PCR-Tests in Quarantäne mussten, vollständig geimpft sind. Weiterhin zu behaupten, die Impfung diene dem Schutz der vulnerablen Gruppen, scheint mehr als abwegig, da eine Quarantäne als de

facto freiheitsentziehende Maßnahme nur ausgesprochen werden darf, um damit ein als höherwertig eingestuftes (Rechts-) Gut zu schützen: die Gesundheit Dritter.

Zudem besteht zunehmend der Eindruck, dass vollständig geimpfte bzw. geboosterte Personen nicht weniger schwer erkranken, sondern genauso schwer (und genauso lange), wenn nicht gar schwerer. Hier bleibt weiterhin die Frage offen, ob die hohen Antikörpertiter durch die Impfungen neutralisierende oder bindende Antikörper darstellen, die dem Virus im Sinne eines „antibody-dependant enhancements“ (ADE) unter Umständen in die Karten spielen, als davor zu schützen. Die Studien zu RSV-Impfstoffen bei Kindern und Dengue-Virus-Infektionen lassen grüßen.

Aus internen Erhebungen geht zudem auch hervor, dass die „Impfung“ nicht maßgeblich für die Viruslast oder Virusclearance scheint, da alle Patienten, die vor Aufnahme ins Klinikum positiv getestet werden, unabhängig vom Impfstatus annähernd dieselben durchschnittlichen Ct-Werte (als Surrogat für eine potentielle Infektiösität) aufweisen – bei zunehmender Fallzahl müsste bei diesen (zwar unsystematisch erhobenen) Daten aber wenigstens ein tendenzieller Unterschied erkennbar sein, wenn die Viruslast geringer oder die Virusausscheidung nach „Impfung“ verkürzt wären. Die englische Gesundheitsbehörde hat darauf bereits im September vergangen Jahres hingewiesen.

Darauf, wann man hierzulande eingestehen möchte, dass sich viele der in die „Impfstoffe“ gesetzten Hoffnungen und Erwartungen nicht erfüllt haben, darf man gespannt sein. Vermutlich bedarf es dafür einer kompletten Personalrochade, und das nicht nur in der Politik, auch in den anhängigen Behörden und Institutionen.

Zusammenfassend kann von meiner Seite, die naturgemäß einer gewissen Subjektivität unterliegt, festgestellt werden, dass die von offiziellen Stellen konstatierte Pandemie bzw. epidemische Notlage von nationaler Tragweite zu keinem Zeitpunkt die Ausmaße angenommen hat, die initial befürchtet worden waren bzw. die Medien und Politik propagiert hatten. Im Gegenteil muss hinterfragt werden, ob die Engpässe bei der Versorgung der zugegebenermaßen zum Teil schwer kranken COVID-19-Patienten nicht auf seit Jahren ignorierten- oder gar billigend in Kauf genommenen strukturellen Problemen basieren, wie dem Personalmangel vor allem auf den Intensivstationen und ob die Corona-Pandemie somit nicht eher Ausdruck als Ursache der Probleme ist.

Ein Vergleich zu Influenza verbietet sich allein schon deshalb, weil seit 2020 ein völlig neuartiges, juristisch und auch medizinisch zumindest diskussionswürdiges Konzept der anlasslosen Massentestungen auf Basis eines PCR-Testes exerziert wird, der eine Infektion streng genommen gar nicht direkt anzeigen kann, da hierfür der Nachweis vermehrungsfähiger Erreger gefordert wird. (Als Anekdote am Rande möchte ich erwähnen, dass das Screening auf sog. „Krankenhauskeime“ ebenfalls mittels PCR erfolgt – für den Fall eines positiven Befundes werden die Bakterien angezüchtet, um zu schauen, ob hinter der mittels PCR nachgewiesenen Erbinformation (DNA, RNA) auch vermehrungsfähige Erreger stecken – was, wie aus weiteren internen Analysen aus unserer Klinik hervorgeht, allenfalls in 50 Prozent der Fälle zutrifft.)

Auch die „Impfungen“ scheinen nicht die Lösung zu sein, da vom initialen „sich und andere schützen“ nur noch rudimentäre Bausteine eines vermuteten Schutzes vor schweren Verläufen oder dem COVID-Tod übrig geblieben sind und auch der Fremdschutz verkümmert ist zu einer ‚nicht quantifizierbaren geringeren Ansteckungsfähigkeit‘. Der Schutz vor einem schweren Verlauf und Tod durch Corona wäre an sich ja ein



erstrebenswertes Ziel – würde es nicht durch schwere-, unter Umständen tödlich verlaufende Nebenwirkungen ausgeglichen.

Inwiefern die Gesamtmorbidität und -mortalität, die letztlich als alleiniges Kriterium für den Nutzen eines Medikamentes für den Einzelnen angesehen werden muss, in Summe reduziert wird, bleibt meines Erachtens aber abzuwarten – hier wäre wünschenswert, wenn Nebenwirkungen und deren Erfassung genauso stringent gefördert und eingefordert würden, wie es für COVID-Erkrankungen der Fall ist und die Bevölkerung nicht länger im Unklaren gelassen wird.

Zudem ist eine ergebnisoffene Debatte, wer letztlich von welchen medizinischen Interventionen profitiert und diese zu erhalten hat, unabdingbar, um verloren gegangenes Vertrauen zumindest in Teilen wieder herzustellen. Wie so oft bietet sich der Blick über den nationalen Tellerrand an, da es in vielerlei Hinsicht Länder gibt, die in Bezug auf Maskenverordnungen, „Impfungen“, Green Pass, Schulschließungen und Lockdowns einen anderen Weg gegangen sind – und letzten Endes unter Berücksichtigung aller (!) Faktoren in Summe nicht schlechter dastehen – im Gegenteil.

Ich möchte mit einem [Zitat der RKI-Homepage](#) schließen, welches auf den Erfahrungen (auch des Instituts) aus der NS-Zeit beruht:

*„Für das Übertreten humanistischer Grundsätze, für die Verletzung der Würde und der körperlichen Unversehrtheit gibt es zu keiner Zeit der Welt eine Rechtfertigung, auch wenn die Mehrheit ein solches Verhalten toleriert oder gar fordert.“*

#### **Weitere Artikel zum Thema:**

- **Offener Brief eines Vollstreckungsbeamten: „Es muss endlich einen Weg zurück zur Vernunft geben“** (Hans Lichtenstein, 1.5.2022)
- **Offener Brief eines Polizisten: „Ich bin erschüttert über den Zustand unserer Polizei“** (Sebastian Grau, 3.2.2022)
- **Ich kann nicht mehr** (Ole Skambraks, 5.10.2021)