



Post-Vakzin-Syndrom: "Wir brauchen eine massive Schulungsoffensive"

Der Mediziner Florian Schilling erklärt, warum die Impfung zu so vielen und schweren Schäden führt, welche Rolle das Spike-Protein dabei spielt und wie die Statistiken zu Schädigungen in Deutschland verfälscht werden. Derzeit baut Schilling ein Therapeuten-Netzwerk auf, damit den Betroffenen geholfen werden kann. Der Mediziner appelliert an die Kassenärztlichen Verbände: "Wir bräuchten punktezertifizierte Ausbildungen für die niedergelassenen Ärzte, wie diese Dinge zu behandeln sind."

PAUL SCHREYER, 30. Mai 2022, 0 Kommentare, PDF

Multipolar: Herr Schilling, Sie haben mehrere Bücher zu medizinischen Aspekten der Coronakrise verfasst, unter anderem zu Long Covid und den Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung. Vor wenigen Wochen ist ihr Buch "Post Vakzin Syndrom" erschienen, in dem Sie nun auch die Nebenwirkungen der Corona-Impfung unter die Lupe nehmen. Können Sie zunächst etwas zu Ihrem beruflichen Hintergrund sagen?

Schilling: Ich bin von der Ausbildung her Mediziner, habe erst Medizin bis zum Physikum studiert und bin dann umgeschwenkt auf Heilpraktiker. Ich habe über 12 Jahre in Deutschland praktiziert, hauptsächlich mit onkologischen Fällen gearbeitet und bin dann für zwei Jahre nach Asien gegangen. Dort war ich wissenschaftlicher Leiter bei einem großen Klinikum in Bangkok. Seit 2019 bin ich jetzt wieder in Deutschland und arbeite momentan als wissenschaftlicher Leiter bei der Firma Mitocare in München.

Multipolar: Was ist das für eine Firma?

Schilling: Mitocare ist eine mittelständische Firma im Gesundheitsbereich. Wir vertreiben Nahrungsergänzungsmittel und Therapiekonzepte für Ärzte und Heilpraktiker. Meine Aufgabe ist hier, diese Konzepte aufzusetzen und zu evaluieren, weiterzuentwickeln und auch die Produktpalette entsprechend zu pflegen und zu erweitern.

Multipolar: *Schauen wir zunächst auf die aktuelle Situation. Vor wenigen Tagen hat die Stiko die Impfung für Kinder von 5 bis 11 Jahren allgemein empfohlen, bisher galt das nur für vorerkrankte Kinder, jetzt auch für gesunde. Nun ist es allgemein bekannt, dass die Impfung gerade bei jungen Menschen zu Herzschädigungen führen kann. Warum wird hier von den zuständigen Behörden, wie dem Paul-Ehrlich-Institut, kein Warnsignal erkannt, sondern die Empfehlung zur Behandlung mit den mRNA-Präparaten im Gegenteil sogar noch ausgeweitet?*

Schilling: Also, die Motivation für die aktuellen Empfehlungen liegt, denke ich, weniger im medizinischen Bereich. Das Paul-Ehrlich-Institut erkennt hier ja offen an, dass keine relevante Gefährdungslage für diese Altersgruppe besteht, weder was schwere Verläufe mit Hospitalisierungen angeht, geschweige denn tödliche Verläufe. Es wird etwas diffus mit dem Fremdschutzargument gearbeitet, wo wir inzwischen wissen, dass das so nicht funktioniert. Fremdschutz ist nicht gegeben. Und aktuelle Publikationen, die eine fehlende bis negative Wirkung dieser Impfung in dieser Altersklasse belegen (1), tauchen in dieser Stiko-Empfehlung überhaupt nicht auf. Also die werden nicht in die Kalkulation miteinbezogen. Insofern ist es immer schwer zu sagen: Warum werden die nicht einbezogen? Ist es Unkenntnis? Ist es bewusste Ignorierung dieser Faktenlage? Das kann man als Außenstehender schlecht beurteilen. Aber für mich als Mediziner, als wissenschaftlich denkender Mensch ist sowohl die Empfehlung als solche, als auch die Begründung dazu äußerst fadenscheinig. Ich kann das fachlich nicht nachvollziehen.

Multipolar: *Wenn wir allgemeiner auf das Problem der Nebenwirkungen schauen, dann ist ein häufig gebrauchtes Argument, dass dieses Problem überschätzt wird, da es sich ja nur um Verdachtsfälle handeln würde und viele von diesen Verdachtsfällen sich dann möglicherweise als ganz anders begründet herausstellen könnten. Wie schätzen Sie dieses Argument ein?*

Schilling: Also einmal empfehle ich hier, die Dinge in Relation zu setzen. Die Meldung von Verdachtsfällen ist nun mal die Methodik, die wir hier seit Jahrzehnten anwenden. Gemeldet wird nicht der bewiesene Problemfall, sondern der Verdachtsfall. Und wenn ich hier einmal eine Relation aufmache: Wie häufig waren Verdachtsmeldungen in der Vergangenheit? Wie häufig sind Verdachtsmeldungen heute bei den Corona-Impfstoffen? Und ich gucke hier in die offiziellen Zahlen des Paul-Ehrlich-Instituts. Ich habe das einmal gemacht. Ich habe alle zugelassenen Impfstoffe von 2000 bis 2020 angeguckt, wie häufig wurde hier etwas gemeldet, und habe das verglichen mit der Meldehäufigkeit bei den Corona-Impfstoffen. Dieser Vergleich erfolgt auf Basis normalisierter Zahlen, das heißt "Meldungen pro 100.000 Impfungen". Und wenn man diesen Vergleich anstellt, dann kommt heraus, dass die Meldehäufigkeit bei den Corona-Impfstoffen teilweise beim 100-fachen dessen liegt, was wir vorher hatten. Und da ging es ja auch um Verdachtsmeldungen. Also wenn man das auf dem Level betrachtet, dann gibt es definitiv ein Sicherheitssignal.

Was mir dann sehr zu denken gibt, das können Patienten bestätigen, die nach der Impfung Probleme haben, dass die Ärzte das vielfach nicht angucken. Also die Verdachtsmomente, die es definitiv gibt, allein aus dem zeitlichen Zusammenhang, werden eben nicht abgeklärt und erhärtet oder eben entwertet. Erstens, weil die

Ärzte einen Bogen um das Thema machen. Man müsste sich eingestehen, dass man paar Jahre lang auf einem ganz falschen Weg unterwegs war. Wer macht das schon gern? Niemand gesteht gern Fehler ein, schon gar nicht gegenüber einem Patienten. Das zweite Problem ist, dass die Impfnebenwirkungen, über die wir hier sprechen, sehr komplex, sehr heterogen sind, was eine sehr spezielle Diagnostik erfordert. Und mit dieser Diagnostik sind viele Kollegen in den Praxen nicht vertraut. Also, die wissen weder, welche Untersuchungen erforderlich wären, noch haben sie Routine darin, diese Untersuchungen durchzuführen und zu interpretieren. Von daher denke ich, haben wir nicht nur eine Untererfassung, was die Meldungen angeht, sondern wir haben auch enorme Defizite darin, diese Impfschäden auf medizinisch-technischer Ebene darstellbar zu machen. Das ist natürlich ein riesiges Hemmnis, um hier etwas Klarheit in das Ganze zu bringen.

Multipolar: Wenn man fragt, warum diese sogenannten Impfstoffe eine so große Schadenswirkung haben, dann kommt immer wieder der Punkt, dass das Spike-Protein, dessen Bildung durch die Impfung angeregt wird, toxisch ist. Das sagen inzwischen einige Wissenschaftler. Sie sagen es auch in Ihrem Buch. Daher zunächst die ganz allgemeine Frage: Warum ist dieses Spike-Protein toxisch?

Schilling: Da gibt es jetzt eine offizielle und eine inoffizielle Perspektive. Das Spike-Protein ist auf sehr vielen Ebenen in der Lage, mit körpereigenen Systemen, mit körpereigenen Strukturen zu interagieren, und zwar auf eine sehr ungute Art und Weise. Ob das jetzt unser Immunsystem ist, ob es Rezeptoren im Hormonsystem sind, ob es Nervenzellen sind, unsere Mitochondrien, unser Gerinnungssystem, das Spike hat hier ein enorm hohes Interaktionspotenzial. Wir kennen wenige virale Proteine, die so viele Anknüpfungsstellen im Körper besitzen wie das Spike-Protein. Das bringt uns dann irgendwann zu der Frage nach dem Ursprung dieses Virus und dieses Spikes, weil dieser extrem hohe Anpassungsgrad, den wir hier sehen, außergewöhnlich ist. Den haben wir bis jetzt in dieser Form noch nie beobachtet. Und da ist dieser Gedanke des Laborursprungs aus meiner Sicht im Moment die einzig realistische Erklärung – dass also hier durch "serial passage" und andere Techniken dieses Virus und damit auch das Spike eben hervorragend an die menschliche Biologie angepasst worden ist. Durch rein natürliche zufällige Mutationen ist es aus meiner Sicht nicht ausreichend erklärbar, dass wir dieses hohe Interaktionspotenzial beim Spike vorfinden.

Multipolar: Was bedeutet "serial passage"?

Schilling: "Serial passage" bedeutet, dass man in der Ausgangslage ein bekanntes Virus nimmt und dieses Virus in Zellkulturen einbringt. Und hier kann man über die Auswahl der Zellen – also welche Zellart von welcher Spezies, und dann auch mit welcher Spezialisierung – entscheiden, in welchem Milieu sich das Virus hier durchschlagen muss. Das Virus mit seiner extrem hohen Mutationsrate versucht natürlich, Lösungen zu finden für dieses Milieu. Und wenn man das jetzt gezielt in vielen, vielen Durchläufen macht, dann kommt am Ende dieses "serial passage" – "Passage" bedeutet hier, das Virus durchläuft so eine Zellkultur – ein Virus heraus, das sich an die Bedingungen in dieser Kultur maximal angepasst hat. In freier Wildbahn bräuchte es dafür Millionen bis Milliarden von Infektionszyklen. Im Labor kann man das sehr gut abbilden, in sehr viel weniger Zeit simulieren und hat dann dieses hoch spezialisierte Virus. Das ist "serial passage". Das kann man mit Zellkulturen machen, das kann man mit entsprechend genetisch gestrickten Versuchstieren machen – es gibt da Knockout-Mäuse mit allen möglichen Eigenschaften – und dieses SARS-CoV-2-Virus und das Spike, insbesondere diese Furin Cleavage Site, um die es da immer geht, lässt sich eigentlich nur durch so ein Verfahren erklären.

Multipolar: Jetzt ist es ja so, dass die Schädigungen, sowohl nach der Impfung als auch nach einer Covid-Erkrankung, sich sehr ähneln, weil in beiden Fällen das Spike-Protein wesentlich beteiligt ist. Wie unterscheidet sich jetzt das Spike aus dem Virus in der Wirkung vom Spike, das durch den Impfstoff gebildet wird?

Schilling: Wir haben hier einmal Unterschiede auf rein molekularer Ebene. Ein Beispiel: Die Haltbarkeit dieses Impf-Spikes ist deutlich höher als die Haltbarkeit des natürlichen Spikes. Unser Körper tut sich sehr viel schwerer damit, dieses Impf-Spike abzubauen. (2) Auch die RNA-Persistenz – also wie lange sich dieses Erbgut im Körper hält, das die Spike-Produktion letztlich ermöglicht – unterscheidet sich erheblich. Bei einem Infekt werden die viralen Komponenten vom Immunsystem ziemlich zeitnah restlos neutralisiert und eliminiert. Die Impf-RNA, das wissen wir inzwischen, das ist gut belegt, hält sich über Monate im Körper. (3) Inzwischen wissen wir auch, dass sie in DNA umgeschrieben wird und dann unter Umständen ein Leben lang in Zellen verbleibt. (4) Und das führt dazu, dass Geimpfte erstens im Rahmen der Impfung höhere Spike-Spiegel entwickeln als akut Erkrankte – das hat man inzwischen auch festgestellt (5) – und dass die Spike-Bildung und damit das Vorhandensein von Spike bei Geimpften deutlich länger anhält als bei Menschen, die eine natürliche Infektion durchlaufen. (6) Und damit werden diese ganzen spike-assoziierten Probleme bei Geimpften deutlich länger und teilweise deutlich stärker getriggert als bei Menschen, die eine Corona-Infektion durchgemacht haben.

Das ist die eine Perspektive. Und dann haben wir je nach Hersteller die Situation, dass man das Spike in bestimmten Formen fixiert hat, in dieser "prefusion state", sodass das Spike teilweise besser an bestimmte Strukturen andocken kann, als es das natürliche Spike zu Wege bringt. Ein Beispiel ist der ACE2-Rezeptor. (7) Also, die überschneiden sich in vielen Dingen, in den meisten Dingen, muss man sagen, aber was die biologische Persistenz angeht, sind die Materialien, die durch die Impfung in den Körper kommen, deutlich hartnäckiger.

Multipolar: Da stellt sich natürlich die Frage, ob man diese Gefahr nicht vor dem Start der Impfkampagne hätte absehen können. Wenn das Spike-Protein das Gefährliche am Virus ist und man entwickelt einen Impfstoff, der genau das erzeugt, dann erscheint es naheliegend, dass Probleme entstehen. Ist es aus Ihrer Sicht glaubwürdig, dass man so etwas nicht hat vorhersehen können? Seit wann ist bekannt, dass das Spike-Protein der gefährliche Teil des Virus ist?

Schilling: Dass das Spike immunologisch hoch problematisch sein könnte, das war bereits von anderen Corona-Viren seit Jahrzehnten bekannt, aus Erfahrungen mit SARS und MERS. Es gab hier sehr frühzeitig Warnungen, dass im Rahmen dieser Impfung immunologische Probleme auftreten können, Stichwort ADE, infektionsverstärkende Antikörper, Toleranzbildung im Immunsystem, Autoimmunität, die getriggert werden kann. Diese Dinge waren im Vorfeld bekannt und wurden auch nochmal in der wissenschaftlichen Welt kommuniziert, wurden aber von den Herstellern nicht rezipiert. Was neu dazu kommt, das sind jetzt natürlich Phänomene, die das spezielle Spike beherrscht, die wir im Vorfeld nicht hatten, durch diese Furin Cleavage Site. Da hätte eigentlich eine ausführliche Toxizitätsuntersuchung stattfinden müssen.

Multipolar: Die hat nicht stattgefunden?

Schilling: Nein, die hat nicht stattgefunden, dank dieser Teleskopierung. Die Teleskopierung hat es den Herstellern erlaubt, mit der klinischen Phase der Zulassung zu beginnen, bevor hier eine ausführliche Toxikologie abgeschlossen werden konnte. Das heißt, viele Dinge, die uns jetzt beschäftigen –

Autoimmunreaktionen, Gerinnungsbildung, Veränderung der Genaktivität – all diese Dinge wurden im Rahmen dieses extrem beschleunigten Verfahrens nicht angeguckt. Die waren entsprechend auch nicht Bestandteil der klinischen Versuchsphase. Man hat es in Phase 1 bis 3 auch nicht an den Teilnehmern verifiziert. Es gibt hier keine Messungen dazu. Da kann man sich jetzt wieder streiten, warum das so ist. Haben die Hersteller das bewusst vermieden oder haben sie das in der Hektik übersehen? Da kann sich jetzt jeder seine Gedanken machen. Fakt aber ist: Das hat nicht stattgefunden.

Multipolar: *Wenn wir jetzt noch einmal auf die konkrete Wirkung des Spike-Proteins schauen, dann schreiben Sie, dass die Präparate in der ersten Woche eine massive Immunschwäche erzeugen. Sie schreiben dazu wörtlich mit Bezug auf die Situation in Pflegeheimen: "Jeder Erreger, der zum Zeitpunkt der Boosterung in einem Heim grassiert, kommt einer Fackel gleich, die in ein Benzinfass geworfen wird." Weil eben die geimpften Personen ganz geschwächt sind in den ersten Tagen nach der Impfung. Warum ist das so?*

Schilling: Also, es gibt hier mehrere Effekte. Ein Effekt ist, dass die Lymphozytenpopulation – das sind die Abwehrzellen aus der lernfähigen Abwehr, unsere Spezialisten der Immunität, die wir uns das Leben lang aufgebaut haben – direkt im Anschluss an die Injektion etwa für fünf Tage abnehmen. Das ist schon mal ein deutliches Defizit. Das ist so auch in den Zulassungsstudien gemessen worden. Also, wenn man hier in Phase 3 von Pfizer und Moderna hereinguckt, die haben diesen Effekt bei ihren Probanden gemessen – dass direkt im Anschluss an die Injektion die Lymphozyten für etwa fünf Tage dramatisch abnehmen. Was natürlich die lernfähige Abwehr, also alles, was wir im Leben an Immunität erworben haben, temporär massiv behindert, weil die Zellen einfach quantitativ nicht da sind.

Dann kommt dazu, dass die Impfung bestimmte Signalwege im Immunsystem massiv hemmt. Die werden unterdrückt. Und da sind Signalwege dabei, die in der frühen Phase der Infektionsabwehr regelrecht kriegsentscheidend sind, Stichwort Interferone. Das heißt, wenn hier in dieser Phase ein Erreger auftritt, dann trifft er auf ein Immunsystem, das quantitativ stark geschwächt ist und das qualitativ beeinträchtigt ist, weil bestimmte Signalwege nicht funktionieren. Und dann ist ein großer Teil meiner erlernten Abwehr, die ich mir mühsam über Jahrzehnte erworben habe, in dieser Zeitphase nicht verfügbar. Und dann werden Erreger gefährlich, mit denen ich normalerweise gut zurechtkäme.

Das Interessante ist, in den Datenerhebungen, also gerade beim Robert Koch-Institut zum Beispiel, wird dieses Phänomen durch geschickte Berechnungen, ja, man muss fast sagen, vertuscht. Was wir in Deutschland machen, ist ja, dass ein Impfstatus erst zwei Wochen nach der Impfung anerkannt wird. Ein Beispiel: Ich bekomme jetzt meine zweite Injektion, dann bin ich erst nach zwei Wochen ein Grundimmunisierter. Alles, was jetzt in diesen zwei Wochen schief geht, wird nicht als zweifach Geimpfter erfasst, sondern als Ungeimpfter.

Multipolar: *Und das ist aber nicht in allen Ländern so, wenn ich es richtig verstanden habe. Manche Länder machen das anders.*

Schilling: Ja, zumindest mal erfassen sie diesen Zeitraum. Es gibt sehr gute Publikationen aus Israel. Die argumentieren ähnlich. Bei denen gilt der nächsthöhere Impfstatus ab einer Woche nach Injektion, aber die messen diese Woche explizit mit. Die machen daraus eine eigene Kohorte. Und da gab es Publikationen, wo man geschaut hat, Menschen mit Booster im Vergleich zu zweifach Geimpften, Menschen mit Vierfachimpfung im Vergleich zu dreifach Geimpften. (8) Und immer wenn man diese Phase nach der Impfung ausklammert, dann schauen die Daten so aus, als hätte die Impfung einen Schutzeffekt. Nimmt man diese erste Woche oder

die ersten zwei Wochen mit rein, dann wird klar, dass jede Impfung zu höheren Infektionsraten führt, zu mehr Hospitalisierungen, zu mehr Todesfällen. Und das ist umso ausgeprägter, je häufiger geimpft wird. Nur wir in Deutschland klammern diese zwei Wochen konsequent aus. Wir tun so, als ob es die nicht gäbe, behaupten dann stolz hier einen Schutzeffekt und der Schadeffekt fällt statistisch komplett durch das Raster.

Multipolar: Sie schreiben weiter, dass die Impfung generell zu einer Umprogrammierung des Immunsystems führt. Wie ist das zu verstehen?

Schilling: Also, im Immunsystem haben wir grob eine Zweiteilung. Erstmal haben wir die angeborene Abwehr, die steht immer zur Verfügung. Das sind jetzt keine großartigen Spezialisten, aber wir haben sie in Masse. Und das Zweite, was wir in unserem Immunsystem haben, ist die adaptive, die lernfähige Abwehr. Die ist in der Lage, sich auf Gegner zu spezialisieren. Die ist auch dafür zuständig, im Körper zum Beispiel Krebszellen zu erkennen und die zu vernichten. Die Impfung hat jetzt auf diese beiden Teile unterschiedliche Wirkungen. In der angeborenen Abwehr, der unspezifischen Abwehr führt die Impfung zu einem anhaltenden Entzündungsmodus. (9) Also, unsere angeborenen Abwehrzellen fangen an, permanent, auf niedrigem Level, aber halt permanent, Entzündungsbotenstoffe freizusetzen. Das heißt, ich bekomme im Körper sukzessive ein anhaltendes Entzündungsgeschehen. Das bezeichnet man als "silent inflammation". Dieses Entzündungsgeschehen ist schon förderlich für sehr viele Krankheitsprozesse. Es kann bestehende Krankheitsprozesse verstärken. Wir sehen das vielfach.

In der lernfähigen Abwehr passiert das Gegenteil. Hier kommt es bereits auf genetischer Ebene zu Veränderungen. Also, die Gene in diesen Abwehrzellen werden umprogrammiert. (10) Es werden Gene abgeschaltet, die ganz wichtig sind für die Immunkompetenz, was dazu führt, dass das Immunsystem bestimmte Abläufe nicht mehr abrufen kann, weil die Gene hier blockiert sind. Und das ist eine sehr nachhaltige Art der Immunveränderung. Würde hier nur kurzfristig die Aktivität modelliert oder der Stoffwechsel, wäre das ein temporärer Effekt, der sich nach ein paar Wochen wieder einspielt. Aber wenn wir die auf genetischer Ebene umprogrammieren, dann haben wir hier einen sehr dauerhaften, sehr anhaltenden Effekt. Und das birgt insbesondere für die Krebsabwehr enorme Risiken. Ich habe hier bei Betroffenen angefangen, die Aktivität der natürlichen Killerzellen zu bestimmen. Das ist die wichtigste Zellgattung, die wir haben, um in unserem Körper Krebszellen zu erkennen und zu vernichten. Und ich habe diese natürlichen Killerzellen einem Leistungstest unterzogen. Wir isolieren die vom Patienten und stecken die im Labor in eine Kultur mit Krebszellen. Und dann gucken wir uns an, wie gut sie darin sind, diese Krebszellen zu vernichten. Und die natürlichen Killerzellen von Menschen mit Post-Vakzin-Syndrom fallen hier durch. Die haben nicht nur eine verminderte Fähigkeit, Krebszellen zu vernichten, sondern die haben diese Fähigkeit verloren.

Perspektivisch ist das für uns Mediziner hochproblematisch. Wir haben ganz viele Medikamente, um das Immunsystem zu hemmen und herunterzufahren. Entzündungshemmer, Immunsuppressiva, da ist das Regal voll. Aber der umgekehrte Ansatz, ein Immunsystem zu stimulieren, ein Immunsystem wieder hochzufahren, da ist das Regal komplett leer. Deswegen sehe ich hier in der langfristigen Perspektive die größeren Probleme als bei den Autoimmunreaktionen.

Multipolar: Stichwort "Post-Vakzin-Syndrom", sie nannten es gerade, ihr Buch trägt auch diesen Titel. Wie etabliert ist dieser Begriff in der Medizin? Gibt es viele Wissenschaftler, die diesen Begriff schon verwenden oder ist das eine komplett neue Bezeichnung?

Schilling: Also international ist das inzwischen ein sehr etablierter Begriff, vor allem in den englischsprachigen Ländern. Die haben bereits viel früher angefangen, hier ein Problem zu erkennen und daran auch zu forschen. Vor allem in den USA sind die Kollegen da deutlich weiter als wir hierzulande. Während wir uns im Moment noch darüber streiten, ob es sowas überhaupt gibt – es wird ja von berufener Stelle immer noch erklärt, die Impfung sei im Wesentlichen nebenwirkungsfrei –, also während wir noch diskutieren, ob es dieses Phänomen gibt, wird an anderer Stelle intensiv daran geforscht. Und daher ist dieser Begriff "Post-Vakzin-Syndrom" Standard geworden, außer in Deutschland.

Multipolar: *Nun gibt es ja eine große Überschneidung – wir hatten das schon angesprochen – der Schädigungen einerseits durch das Virus, also, durch die Covid-19-Erkrankung, und andererseits durch die Impfung. Wenn man jetzt an die Diagnose herangeht – und Sie erwähnten vorhin schon, dass es sehr schwierig für Schulmediziner ist, das Post-Vakzin-Syndrom überhaupt zu diagnostizieren –, kann man denn diagnostisch differenzieren, ob eine Erkrankung auf Covid oder auf die mRNA-Präparate zurückgeht?*

Schilling: Ja, es gibt schon ein paar Möglichkeiten, das zu sortieren. Man muss ganz klar sagen, gerade am Anfang ist das eher eine akademische Frage. Hier wird man die Diagnostik schwerpunktmäßig darauf ausrichten, die Probleme zu erkennen und nicht die Ätiologie zu differenzieren. Aber eine ganz einfache Möglichkeit ist die Prüfung auf N-Protein-Antikörper. Wenn hier ein Kontakt mit dem echten Virus stattgefunden hat, dann entstehen Antikörper gegen weitere Virusbestandteile, nicht nur gegen das Spike-Protein. Das prominenteste ist hier das N-Protein. Das heißt, wenn man geimpft ist und nach der Impfung Probleme entwickelt, und jetzt geht ein Arzt her und sagt: "Na ja, das ist Long Covid. Pech, die Impfung hat nicht gewirkt", dann könnte man hier nach Antikörpern gegen das N-Protein untersuchen. Und wenn die negativ sind, also, wenn die nicht da sind, dann war das definitiv keine Coronaerkrankung. Dann ist das definitiv nicht Long Covid, sondern dann ist das Post-Vakzin. Man könnte rein technisch auch hergehen und nach dieser Impfung RNA fahnden. Man würde das auch mit einem PCR-Test machen. Das bieten allerdings kommerzielle Labore in der Regel nicht an. Das müssten Forschungseinrichtungen oder Unikliniken machen. Die haben dafür die Ressourcen. Aber die könnten im Prinzip mit dieser Methode innerhalb von 24 Stunden sagen, ob jetzt Virus-RNA nachweisbar ist oder ob hier Impfung-RNA nachweisbar ist. Technisch wäre das machbar, für die meisten umsetzbar ist es nicht. Also, dieses N-Protein kann jeder machen; das ist eine Standard-Untersuchung. Alles andere wird praktisch für Betroffene schwierig.

Multipolar: *Sie sagen aber auch – und das kann vielen Hoffnung machen –, dass es mittlerweile durchaus möglich sei, ich zitiere aus Ihrem Buch, "bei adäquater Vorgehensweise bei über 85 Prozent der Betroffenen, auch der schwersten Fälle, eine deutliche Verbesserung innerhalb weniger Monate zu erzielen". Sie sind selbst zur Zeit dabei, ein Therapeuten-Netzwerk in Deutschland dafür aufzubauen. Dass man sich vernetzt, dass eine Datenbank entsteht, dass Leute wissen, wo sie sich helfen lassen können. Deshalb konkret gefragt: Wo finden Betroffene Hilfe? Wie weit ist es schon mit diesem Therapeuten-Netzwerk?*

Schilling: Also, hier gibt es gehäuft gute Nachrichten. Wir haben inzwischen eine ganze Anzahl von Kollegen, die bereit sind, in die Bresche zu springen – so muss man es wirklich nennen. Mittlerweile ist das Netzwerk so weit gediehen, dass wir bundesweit in jedem Bundesland Praxen haben, die in der Lage sind, diese Diagnostik umzusetzen und, je nach Ausstattung, auch diverse Schritte der Therapie. Diese Netzwerkliste ist auf meinem Blog einsehbar. Es gibt hier eine eigene Unterseite "Netzwerk", da kann man dieses PDF herunterladen, die ist

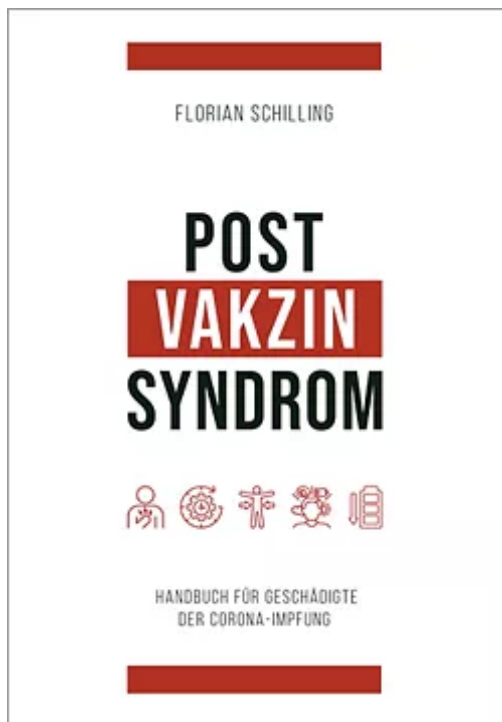
nach Postleitzahlen sortiert, und dann gucken, wer hier bei mir in der Nähe ist und dann einfach hier einen Termin vereinbaren für die initiale Diagnostik. Da haben wir einen eigenen Leitfaden erarbeitet für die Kolleginnen und Kollegen. Und dann geht das relativ schnell seine Wege. Also, diese Diagnostik wird etwa 10 bis 14 Tage dauern, bis hier die Ergebnisse vorliegen. Das heißt, das ist relativ schnell. Und dann kann auch umgehend mit der Therapie begonnen werden.

Multipolar: Letzte Frage: Kann das Gesundheitssystem, Ihrer Einschätzung nach, mit dieser nun absehbaren Flut an Fällen in den kommenden Monaten und Jahren überhaupt umgehen? Wie ist da Ihr Ausblick?

Schilling: Also, hier ist der Ausblick extrem düster. Viele der Probleme, die sowohl bei Long Covid als auch beim Post-Vakzin-Syndrom auftreten, fallen in der Leitlinienmedizin komplett durch das Raster. Wenn ich mir hier Dinge anschau, wie Amyloidbildung, Mitochondrienschädigung, Neuroinflammation – das findet im medizinischen Kochbuch nicht statt. Das ist nicht Bestandteil der Kassenmedizin. Was wir eigentlich bräuchten, wäre eine massive Schulungsoffensive. Die müsste eigentlich über die Kassenärztlichen Verbände laufen, die Kassenärztliche Vereinigung. Wir bräuchten punktezertifizierte Ausbildungen für die niedergelassenen Ärzte, wie diese Dinge anzugucken und zu behandeln sind. Das hätten wir allerdings auch schon vorher gebraucht. Diese Probleme sind jetzt nicht alle komplett neu. Wir haben seit Jahrzehnten einen riesigen Patientenstamm in Deutschland mit CFS und mit ME.

Multipolar: Was bedeuten diese Abkürzungen?

Schilling: CFS ist die Abkürzung für "Chronic Fatigue-Syndrom" und ME steht für "Myalgische Enzephalomyelitis". Das sind zwei Krankheiten, die auch in der Vergangenheit schon nach bestimmten viralen Infektionen aufgetreten sind, hauptsächlich beim Epstein-Barr-Virus. Insofern sind diese postinfektiösen anhaltenden entzündlichen Probleme nichts hundertprozentig Neues. Wir waren aber auch schon die letzten dreißig Jahre nicht in der Lage, diese Dinge sauber zu diagnostizieren und zu therapieren. Weil das in der Leitlinienmedizin alles nicht auftaucht. Die Pathomechanismen, um die es hier geht, sind hier nicht bekannt, werden nicht anerkannt und dementsprechend werden die Patienten falsch therapiert. Im Regelfall gibt es hier eine psychosomatische Diagnose und die Patienten erhalten Psychopharmaka, anstatt dass man ihnen auf der Ebene hilft, auf der die Probleme vorliegen.



Und genau das Gleiche beobachten wir jetzt bei Long Covid- und Post-Vakzin-Patienten. Wenn die Ärzte überhaupt die Beschwerden ernst nehmen, dann wird hier häufig auf eine psychosomatische Diagnose abgestellt. Allein schon, weil sich mit den ganzen Abklärungsmaßnahmen, den Standardlaborwerten, den Standarduntersuchungen diese Probleme nicht darstellen lassen. Das ist der Punkt, wo man diese spezielle Diagnostik braucht. Und wenn der Arzt mit seinen Routineuntersuchungen nichts findet, dann ist aus seiner Sicht nichts da. Und das Einzige, was dann noch als Erklärung dienen kann, ist, dass der Patient sich diese Beschwerden einbildet, es ist also psychosomatisch und dann gibt es entsprechend Psychopharmaka.

Ich denke, wir werden auf Jahre nicht in der Lage sein, hier in der Breite adäquate Hilfen anzubieten. Und bestimmte Therapieverfahren, die sich jetzt bewährt haben bei diesen Patienten, wie zum Beispiel die Plasmapherese, da haben wir in Deutschland extrem limitierte Behandlungskapazitäten, weil das bis jetzt nur für sehr exklusive Probleme war. Und jetzt haben wir auf einen Schlag Zehntausende, vielleicht Hunderttausende, die diese Verfahren bräuchten. Das heißt, hier wird es auch quantitativ zu einem Nadelöhr kommen.

Florian Schilling: Post-Vakzin-Syndrom. Handbuch für Geschädigte der Corona-Impfung, Tredition 2022, 305 Seiten, 35 Euro

Zum Interviewpartner: *Florian Schilling, Jahrgang 1981, 2001-2004 Studium der Medizin (Vorklinik) an der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2004-2006 Ausbildung zum Heilpraktiker am Zentrum für Naturheilkunde München, 2006-2017 in eigener Praxis tätig mit dem Schwerpunkt Onkologie und Neuroinflammation, 2018-2019 Projektmanager am Bumrungrad Hospital Bangkok, Schwerpunkt Integrative Onkologie und Neurodegenerative Erkrankungen, seit 2020 Wissenschaftlicher Leiter der Firma Mitocare, München*

Hinweis für Ärzte und Heilpraktiker: Mediziner, die Interesse daran haben, sich am Therapeuten-Netzwerk zu beteiligen, können sich [hier darüber informieren](#) und zu Florian Schilling Kontakt aufnehmen.

Anmerkungen

- (1) DORABAWILA, V., HOEFER, D., BAUER, U. E., BASSETT, M., LUTTERLOH, E. & ROSENBERG, E. 2022. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5-11 and 12-17 years in New York after the Emergence of the Omicron Variant. *medRxiv*. **[Anmerkung: Wirkung bei 12 % (ab 50 % gilt eine Impfung als unwirksam)]** / RKI 2022. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). In: RKI (ed.). RKI. **[Anmerkung: Wirkung negativ (laut Rohdaten), ausgewiesen mit „Null“ (Bericht)]**
- (2) BANSAL, S., PERINCHERI, S., FLEMING, T., POULSON, C., TIFFANY, B., BREMNER, R. M. & MOHANAKUMAR, T. 2021. Cutting Edge: Circulating Exosomes with COVID Spike Protein Are Induced by BNT162b2 (Pfizer–BioNTech) Vaccination prior to Development of Antibodies: A Novel Mechanism for Immune Activation by mRNA Vaccines. *The Journal of Immunology*, 207, 2405-2410. **[Anmerkung: Spike nach Impfung noch nach 4 Monaten im Körper nachweisbar]**
- (3) RÖLTGEN, K., NIELSEN, S. C. A., SILVA, O., YOUNES, S. F., ZASLAVSKY, M., COSTALES, C., YANG, F., WIRZ, O. F., SOLIS, D., HOH, R. A., WANG, A., ARUNACHALAM, P. S., COLBURG, D., ZHAO, S., HARAGUCHI, E., LEE, A. S., SHAH, M. M., MANOHAR, M., CHANG, I., GAO, F., MALLAJOSYULA, V., LI, C., LIU, J., SHOURA, M. J., SINDHER, S. B., PARSONS, E., DASHDORJ, N. J., DASHDORJ, N. D., MONROE, R., SERRANO, G. E., BEACH, T. G., CHINTHRAJAH, R. S., CHARVILLE, G. W., WILBUR, J. L., WOHLSTADTER, J. N., DAVIS, M. M., PULENDRAN, B., TROXELL, M. L., SIGAL, G. B., NATKUNAM, Y., PINSKY, B. A., NADEAU, K. C. & BOYD, S. D. 2022. Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination. *Cell*. **[Anmerkung: Impf-RNA noch nach 2 Monaten nachweisbar]**
- (4) ALDÉN, M., OLOFSSON FALLA, F., YANG, D., BARGHOUTH, M., LUAN, C., RASMUSSEN, M. & DE MARINIS, Y. 2022. Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line. *Current Issues in Molecular Biology*, 44, 1115-1126. **[Anmerkung: Impf-RNA wird in DNA umgewandelt und verbleibt im Zellkern]**
- (5) OGATA, A. F., CHENG, C.-A., DESJARDINS, M., SENUSSI, Y., SHERMAN, A. C., POWELL, M., NOVACK, L., VON, S., LI, X., BADEN, L. R. & WALT, D. R. 2021. Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients. *Clinical Infectious Diseases*, 74, 715-718. **[Anmerkung: Freies Spike nach Impfung in der Blutbahn, Spiegel über dem Infizierter]**
- (6) Siehe Anmerkung 2 und 3
- (7) KEECH, C., ALBERT, G., CHO, I., ROBERTSON, A., REED, P., NEAL, S., PLESTED, J. S., ZHU, M., CLONEY-CLARK, S., ZHOU, H., SMITH, G., PATEL, N., FRIEMAN, M. B., HAUPT, R. E., LOGUE, J., MCGRATH, M., WESTON, S., PIEDRA, P. A., DESAI, C., CALLAHAN, K., LEWIS, M., PRICE-ABBOTT, P., FORMICA, N., SHINDE, V., FRIES, L., LICKLITER, J. D., GRIFFIN, P., WILKINSON, B. & GLENN, G. M. 2020. Phase 1–2 Trial of a SARS-CoV-2 Recombinant Spike Protein Nanoparticle Vaccine. *New England Journal of Medicine*, 383, 2320-2332. **[Anmerkung: Abbauresistenz Spike & verbesserte ACE2-Bindungsfähigkeit]**
- (8) BAR-ON, Y. M., GOLDBERG, Y., MANDEL, M., BODENHEIMER, O., AMIR, O., FREEDMAN, L., ALROY-PREIS, S., ASH, N., HUPPERT, A. & MILO, R. 2022. Protection by a Fourth Dose of BNT162b2 against Omicron in Israel. *New England Journal of Medicine*, 386, 1712-1720. **[Anmerkung: erhöhte Fallzahlen nach Booster (bei Inklusion der 1. Woche nach Impfung)]**

- (9) SHIRATO, K. & KIZAKI, T. 2021. SARS-CoV-2 spike protein S1 subunit induces pro-inflammatory responses via toll-like receptor 4 signaling in murine and human macrophages. *Heliyon*, 7, e06187. **[Anmerkung: anhaltende Entzündungsbereitschaft]** / PARHIZ, H., BRENNER, J. S., PATEL, P., PAPP, T. E., SHAHNAWAZ, H., LI, Q., SHI, R., ZAMORA, M., YADEGARI, A., MARCOS-CONTRERAS, O. A., NATESAN, A., PARDI, N., SHUVAEV, V. V., KISELEVA, R., MYERSON, J., UHLER, T., RILEY, R. S., HAN, X., MITCHELL, M. J., LAM, K., HEYES, J., WEISSMAN, D. & MUZYKANTOV, V. 2021. Added to pre-existing inflammation, mRNA-lipid nanoparticles induce inflammation exacerbation (IE). *Journal of Controlled Release*. **[Anmerkung: anhaltende Entzündungsbereitschaft und Verschlechterung bestehender Entzündungen]** / OLAJIDE, O. A., IWUANYANWU, V. U., ADEGBOLA, O. D. & AL-HINDAWI, A. A. 2021. SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein S1 Induces Neuroinflammation in BV-2 Microglia. *Molecular Neurobiology*. **[Anmerkung: dito, insbesondere Neuroinflammation]**
- (10) SENEFF, S., NIGH, G., KYRIAKOPOULOS, A. M. & MCCULLOUGH, P. A. 2022. Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs. *Food and Chemical Toxicology*, Volume 164, 2022, 113008. **[Anmerkung: Umprogrammierung des Immunsystems auf genetischer Ebene]**