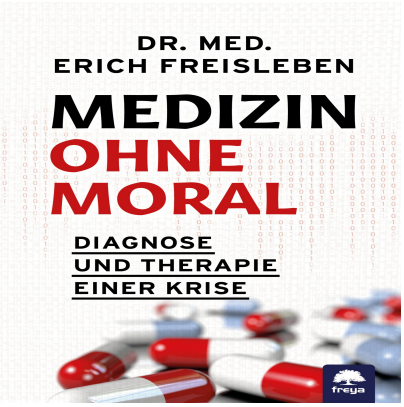

Medizin ohne Moral

Description

Medizin ohne Moral. Ein Essay über ein wichtiges Buch und warum es gerade jetzt von Bedeutung ist – angesichts einiger erschreckender Meldungen und Daten

Ich wollte ursprünglich nur ein wichtiges Buch vorstellen: „*Medizin ohne Moral*“ von Erich Freisleben. Aber nun sind noch einige Informationen hinzugekommen. Ich habe mich außerdem wieder einmal mit RKI-Daten beschäftigt und stelle die Ergebnisse gegen Ende dieses Beitrags vor. Nach der Buchvorstellung folgen einige neuere Daten und Einsichten. Weil diese Daten, Einsichten und Analysen den Inhalt des Buches von Dr. Freisleben illustrieren, publiziere ich hier alles gemeinsam.

Dr.med. Erich Freisleben (2020) Medizin ohne Moral. Diagnose und Therapie einer Krise. Engerwitzdorf: Freya Verlag, 19,90 €, 432 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-.99025-422-6; (Das Buch beim Verlag)

Dieses Buch eignet sich als Weihnachtsgeschenk: für Ihren Hausarzt, für die Nichte, die Medizin studieren will, für alle Leute, die sich entweder für Medizin interessieren, oder wirklich verstehen wollen was falsch läuft. Oder die sich wappnen wollen gegen die nächste Welle der Medikalisierung. Denn hier spricht ein wacher, erfahrener Internist und Hausarzt mit wissenschaftlichem Hintergrund. Einer, der sich nach einer sehr vollen Woche mit sehr vielen Patienten hinsetzt und schreibt. Zum Beispiel dieses Buch, zum Beispiel auch ein neues über das Corona-Dilemma, das ich noch nicht kenne. So etwas macht ein Arzt, der im Normalfall eine 60-Stunden Woche hat, nicht einfach so zur narzisstischen Selbstbefriedigung, sondern weil er ein Anliegen hat. Ein echtes, eines, das gehört werden sollte.

Deswegen hat auch kürzlich die Zeitschrift „*Cicero*“ ein Interview mit ihm über seine Erfahrungen mit den Corona-Impfstoffen geführt. Er spricht in diesem Interview darüber, dass er etwa 300 Covid-19-Fälle in seiner Praxis gesehen und behandelt hat, davon seien 6 aufgrund schwerer Verläufe gestorben und vier hätten ein schweres, länger währendes Syndrom, also „Long Covid“, erlebt. Als Folge der Impfungen erlebte Dr. Freisleben

© Prof. Harald Walach

unter seinen Patienten einen Todesfall aufgrund einer Impfnebenwirkung wegen einer Thrombose, drei Lungenembolien, ein Guillain-Barré-Syndrom und 25 Fälle mit teilweise langanhaltenden, schweren Nebenwirkungen. (Ich erinnere daran: Wir sind aufgrund unserer Risiko-Nutzen Analyse der Covid-19 Impfstoffe sehr gescholten worden; der Text wurde zurückgezogen, ist aber jetzt wieder verfügbar [1]. Wir haben geschätzt, dass wir durch die Impfung 6-8 Todesfälle verhindern können, aber 1-2 in Kauf nehmen müssten; das ist ziemlich genau das, was Dr. Freisleben berichtet, auch wenn das keine systematische Studie ist). Daher müsse man mit den Impfungen sorgsam umgehen und sich informiert entscheiden. Er ist also kein Impfskeptiker, kein Verweigerer, sondern ein besonnener Arzt, der auf die wichtigste Formel des hippokratischen Eids hinweist: Zuvorderst keinen Schaden zufügen (primum nil nocere).

Das Buch „Medizin ohne Moral“ ist die Lebensrückschau eines Hausarztes der spürbar unter dem leidet, was aus „seiner“ Medizin geworden ist. Er war in Selbstverwaltungsgremien tätig, in Standesvertretungen, in der Forschung und bis zum Schluss in seiner Kassenpraxis. Hat sich den bequemen Gang in die Privatpraxis verkniffen, im Gegensatz zu vielen anderen guten Ärzten, vor allem aus der komplementärmedizinischen Szene.

Dr. Freisleben ist ebenfalls offen für die komplementären Verfahren der Naturheilkunde. Seine persönliche Spezialität sind offenbar Behandlungen mit Eigenblut, in die passende Homöopathika gemischt sind. Dies ist eine Behandlungsmethode, über die ich schon viele gute Berichte gehört habe, die aber meines Wissens nicht sorgfältig untersucht ist. Die Methode funktioniert so: Dem Patienten werden einige Tropfen Blut entnommen, dieses wird mit Homöopathika gemischt und weiter potenziert und dann rückinjiziert. Vor allem bei chronischen und immunologischen Problemen scheint diese Methode sehr gut zu funktionieren.

Der zweite Teil des Buches („Die verstandene Krankheit“ S. 194-289) ist voller Fallbeispiele, wie Patienten mit dieser Methode, aber auch mit ganz einfachen therapeutischen Gesprächen, durch tiefes Verstehen der persönlichen Problematik, heil wurden. Hier erzählt wirklich ein „Doktor alter Schule“ aus seinem reichen Erfahrungsschatz und genauso liest sich das Buch auch: berührend, packend sogar, authentisch. Anfänger könnten viel daraus mitnehmen.

Aber, und das ist Dr. Freislebens große Sorge, sie werden es vermutlich nicht mehr so lernen, weil die Medizin mittlerweile ihre Seele verloren hat, oder besser gesagt, verkauft hat. Diese Geschichte erzählt er im ersten Teil („Abschied von Hippokrates“, S. 22-193). Sie stellt die Diagnose dar, die Diagnose einer Therapeutik, die sich allzu sehr auf Medikamente statt auf das Heilpotenzial der Begegnung verläßt. Auch noch so brüchige Studienergebnisse der ärztlichen Erfahrung vorzieht und diese damit abwertet. Der Autor hat die Entwicklung mitverfolgt, die dazu führte, dass Kassenangestellte (im Jargon „Sofas“ genannt, „Sozialfachangestellte“) ohne jegliche tiefere Kenntnis eines Patientenschicksals – und vor allem ohne medizinische Fachkenntnis – beim Arzt anrufen und angebliche Behandlungsfehler monieren, weil nicht „leitliniengemäß“ behandelt worden sei. Das kann bis zu Regressforderungen führen; die mildere Form der Abmahnung besteht in der Verweigerung der Erstattung.

Fluch und Segen der Evidence Based Medicine

Der Segen der „evidence based medicine”, der evidenzbasierten Medizin, war sicherlich, dass man begonnen hatte, mehr Studien zu fordern und Daten an die Stelle von purer Lehrmeinung gestellt hat.

Der Fluch dieser Entwicklung ist ein dreifacher:

Zum einen, das hat Peter Gøtzsche deutlich gemacht, haben die Regularien dazu geführt, dass fast nur noch Pharmafirmen oder große Universitätsinstitute (mit finanzieller Unterstützung der Industrie, selten mit finanzieller Unterstützung unabhängiger Geldgeber) klinische Studien durchführen können. Das führt zu einer

© Prof. Harald Walach

Verzerrung der Datenlage:

> *"Randomised trials were introduced in order to protect us from the many useless treatments on the market, but oddly enough, they have given the ultimate power of knowledge production to big pharma that now use them for getting approval for treatments of little or no value and which are often too harmful."*
> *Gøtzsche [2, S. 59]*

("*Randomisierte Studien wurden eingeführt, um uns vor den vielen unbrauchbaren Interventionen auf dem Markt zu schützen. Aber dummerweise haben sie die Macht der Wissensproduktion den großen Pharmafirmen in die Hand gegeben. Diese benützen solche Studien, um Zulassungen für Behandlungen zu erhalten, die wenig taugen und sehr oft schädlich sind.*")

Zweitens gibt es eine eindeutige Verzerrung dahingehend, dass marktgängige, profiterzeugende Interventionen viel häufiger wissenschaftlich untersucht werden, als komplexe Interventionen oder Verfahren, die nicht patentierbar sind oder keinen Profit abwerfen. Dadurch entsteht der Eindruck, nur solche, meist medikamentöse Verfahren seien wirksam. Andere Verfahren, etwa die vorher erwähnte Eigenbluttherapie, ohne Lobby, ohne Anwälte, ohne sie vertretende Firmen und Verbände, sind nicht oder schlecht untersucht. Aus dem Nichtvorhandensein von Wissen schließt der unbedarfte Leser der Literatur auf Unwirksamkeit der Verfahren. Dies führt dann dazu, dass Leitliniengremien solche Verfahren nicht auf die Empfehlungsliste setzen (Wie schwer es selbst gut belegte komplementärmedizinische Verfahren haben, in Leitlinien erwähnt zu werden, davon können meine Kollegen, die in diesen Gremien aktiv sind, ein Lied singen [3]). Dies führt dazu, dass die Krankenkassen Kosten für solche Verfahren entweder nicht ersetzen, oder, noch schlimmer, dass ihre Anwendung im Zweifelsfall sogar juristisch geahndet werden kann.

Drittens führt diese ganze Gemengelage dazu, dass Gremien, Entscheidungsträger, politisch Einflussreiche und Meinungsführer mehr oder weniger im Sold der Industrie stehen [4-6]. Das hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass Interventionen, vor allem medikamentöse und diagnostische, überbewertet und umsichtige Gespräche, Hilfestellung und Beratung unterbewertet wurden. Nicht nur die Ärzte, auch die Patienten wurden durch diese umfassende und oft von den Medien mitbetriebene Medikalisierung dahingehend konditioniert, vor allem von medikamentösen, idealerweise von neuen und sehr teuren Medikamenten das Heil zu erwarten. Diese Spirale führt dazu, dass Ärzte für alle Gespräche, Aufklärungen und Beratungen zusammengenommen pro Quartal und Patient irgendwelche lächerlichen Summen zwischen 15 und 30 Euro erhalten, dass aber Medikamentenkosten von vielen hundert Euro selbstverständlich bezahlt werden.

All diese Fehlentwicklungen zeigt Dr. Freisleben an vielen eindrücklichen Beispielen auf. Neue Krebsmedikamente etwa, die das Leben einige Wochen verlängern und sechs- bis siebenstellige Summen kosten. Diese werden von den Kassen meist anstandslos beglichen, wohingegen günstige unterstützende oder helfende Maßnahmen nicht erstattet werden, mit Verweis auf die mangelnde Datenlage. Wer dafür Beispiele sucht, in diesem Buch wird man fündig. Das ist nützlich für Laien zu wissen, aber auch für Fachleute: um zu verstehen, was in unserem System falsch läuft. Diese Diagnose ist solide und schonungslos.

Nur befürchte ich, dass sie wirkungslos bleiben wird, weil viel zu viele Akteure von diesem System profitieren. Auch das zeigt der Autor: Ärzte können sich aufgrund der Leitlinien in einen bequemen Teilzeitjob zurückziehen und sind nur die Dummen, wenn sie sich dagegen auflehnen und sich wirklich für Patienten engagieren.

- Die Krankenkassen haben ein Kontroll- und Regulierungsinstrument in der Hand.
- Die Industrie kann durch Einflussnahme auf die wenigen entscheidenden Meinungsmacher in den Gremien, und gestützt auf eigene Studien, ihre Interessen durchsetzen.

© Prof. Harald Walach

- Die Politik kann verkünden, dass sie sich dem wissenschaftlichen Konsens unterordnet und Patienten die neuesten Errungenschaften zukommen lässt.
- Die Elite des Gesundheitswesens, Betreiber von Kliniken, Chefs der Krankenkassen, Klinikchefs und ihre Eleven, erhalten ausreichend Öl zum Schmieren der Angeln, in denen sich das Gefüge dreht.

Auf der Strecke bleiben die Patienten. Allerdings sind die durch die allgegenwärtige Propaganda-Maschine ebenfalls meistens auf Linie gehalten, bis sie eben nach einer langen Odyssee einen der noch verbliebenen Ärzte finden, wie etwa Dr. Freisleben und andere Kollegen seines Kalibers, denen das Patientenwohl wichtiger ist als Konformität mit Kassenvorgaben. Ich habe vor Jahren eine ziemlich ähnliche Analyse vorgelegt und ebenfalls ein paar Vorschläge zur Veränderung des Systems gemacht [7, 8]. Mir ist nicht bekannt, dass sich systemrelevante Entscheidungsträger dafür interessiert hätten.

Modellversuche der Ganzheitsmedizin

Dass es durchaus auch anders geht, zeigte der Autor mit einigen Kollegen in einem Modellversuch einer Krankenkasse in Berlin in Form eines Netzwerks „Ganzheitsmedizin“. Dort wurde Geburtsbetreuung und Depression ganzheitlich behandelt, mit gutem Erfolg. Daraus entwickelte sich ein integriertes Versorgungspaket, zusammen mit einer Krankenkasse, das ganzheitlich ausgerichtet war und Naturheilkunde sowie verschiedene Verfahren der Komplementärmedizin anbot. Einsparungen wurden vor allem im Bereich der Arzneimittel und Krankenhauskosten erzielt und an die Patienten zurückgegeben. Die Krankenkasse sah in ihrem Controlling, dass bei 2.500 eingeschriebenen Patienten und gleicher Versorgungsqualität im ganzheitlichen Modell etwa 100.000 Euro eingespart wurde. Solche Ansätze haben sich leider nicht flächendeckend durchgesetzt. Warum (?!), fragt sich der kritische Leser.

Seelenverlust der Medizin

Der dritte Teil („Medizin im kranken Zeitalter“, S. 290-427) ist eine Mischung aus philosophischer Analyse, historischer Reminiszenz und Utopie für ein neues Gesundheitssystem. Die philosophische Analyse kann ich nur voll und ganz unterstreichen: Freisleben sieht klar, dass die Medizin unserer Zeit den Menschen seiner Menschlichkeit beraubt hat und ihn als biologische Maschine behandelt. Das Modell des Transhumanismus liegt mittlerweile auch der modernen Medizin zugrunde. Der Mensch, der durch Maschinen erst perfektioniert werden muss, weil er selber eine nicht perfekte biologische Maschine ist, ist nicht mehr Subjekt, sondern Objekt einer Heiltechnologie. Anders gesagt: Die moderne Medizin hat den Menschen aus dem Blick verloren und sieht nur noch komplexe Räderwerke, die zu optimieren, zu reparieren oder neu auszurichten sind. Die Heilung? Wäre stattdessen u.a. eine Rückkehr zum spirituellen Kern des Menschen.

Die historische Reminiszenz ist spannend. In seiner medizinhistorischen Doktorarbeit hat der Autor nämlich die Rassenlehre des beginnenden 20. Jahrhunderts untersucht. Dieser Teil enthält einige Perlen, die wenig bekannt sind. Zum Beispiel die Erläuterung, dass die Rassenhygiene im Wesentlichen in den 1920er Jahren bereits fest gezimmert war und vor allem von deutschen Lehrstuhlinhabern betrieben wurde. Die Nazis bedienten sich dankbar dieser denkerischen Steilvorlagen und die entsprechenden Größen waren sogar oft noch in den Nachkriegsjahren auf ihren Lehrstühlen und in Fachgremien aktiv.

Diese historische Episode lehrt, wie anfällig für Fehler eine ideologisierte Wissenschaft ist. Finden wir da nicht einige erschreckend auffällige Parallelen zur heutigen Zeit? Der Gemeinplatz, wer nicht aus der Geschichte lernen wolle, sei gezwungen, sie zu wiederholen, scheint offenbar immer nur für andere zu gelten.

© Prof. Harald Walach

Ein Fazit zum Buch in aller Kürze

Das Buch ist reichhaltig und spielt auf unterschiedlichen Registern, von politischen Fakten zu philosophisch-nachdenklichen Meditationen, von Fallgeschichten zu Reflexionen über Wirkprozesse und politische Kräfte. Manchmal mäandert es ein bisschen. Gedanken wiederholen sich auch. Die wichtigen Passagen sind fett hervorgehoben, etwa zwei Sätze pro Seite. Damit lässt es sich rasch und mit Vorteil querlesen. Doch es verdient gründliche Lektüre. Unser künftiger Gesundheitsminister sollte es eigentlich als Pflichtlektüre bekommen und erst nach bestandener Prüfung über den Inhalt vereidigt werden. Aber das ist jetzt meine Utopie, die an der Wirklichkeit zerschellen wird. Hoffentlich trägt Dr. Freislebens Utopie Früchte: dass wir nämlich durch Rückkehr zu unserem menschlichen Kern eine neue, menschlichere Medizin schaffen können.

Dieses Buch ist gerade jetzt von großer Bedeutung. Es wurde geschrieben in Zeiten vor Corona; die Pandemie hat wohl noch in die letzten Wochen der Fertigstellung hineingespielt und kommt hin und wieder als Beispiel vor. Aber die Gedanken können direkt übertragen werden. Denn wir erleben genau das, was Freisleben diagnostiziert: eine unüberlegte, wissenschaftlich schlecht fundierte Medikalisierung zum Schaden der Patienten.

Einige neue Informationen zeigen das sonnenklar:

Neue Daten und Analysen zur Corona-Lage

Die Pfizer-Zulassungsstudie ist kompromittiert und unzuverlässig

Eine neue Publikation im British Medical Journal legt offen, dass und wie das Pfizer-Trial, das zur Zulassung des BioNTech-Impfstoffes geführt hat, kompromittiert war [9]. Paul Thacker, ein investigativer Journalist, berichtet über eine Whistleblowerin, Brook Jackson, die in einem der klinischen Zentren, Ventavia in Texas, gearbeitet hat. Ventavia ist einer der größten Dienstleister im klinischen Forschungssektor in Texas und war eine der Firmen, die Patienten für die klinische Studie organisierte und deren Daten verwaltete. Das waren zwar „nur“ 1.000 der etwa 53.000 Patienten, aber die berichteten Zustände sprechen Bände. Denn Jackson hatte die Firmenleitung wiederholt auf Fehler bei der Durchführung hingewiesen, mangelnde Datengüte, Patienten, deren Beschwerden nicht weiterverfolgt wurden, Nebenwirkungen, die nicht sauber registriert wurden, Entblindungen und jede Menge anderer Probleme.

Es lohnt sich, das im Original zu lesen. Das Schlimme ist: Jackson hatte die US-Regulierungsbehörde, die FDA, darauf aufmerksam gemacht. Diese hatte weder geantwortet, noch in ihrem Zulassungsbericht auf die Probleme hingewiesen. Stattdessen wurde die Whistleblowerin noch am Tag der Meldung an die FDA fristlos entlassen. Recherchen des Journalisten zeigen, dass andere Mitarbeiter, die anonym bleiben wollten, die Aussagen bestätigten.

Die FDA, das wissen wir schon lange, wird als Behörde von den Pharmafirmen finanziert, was in sich schon ein Skandal ist [2, 10]. Seit das der Fall ist, fasst sie die Firmen mit Samthandschuhen an und dient vor allem deren Interessen, nicht mehr den Interessen der Patienten. Daher werden nur etwa 1 % der Studien, die eingereicht werden, einem Audit unterzogen, also sorgfältig überprüft, und das meistens nur auf dem Papier und nicht in Wirklichkeit. Ventavia, die Firma, um die es hier ging, hatte offenbar große Angst, dass ein solches Audit kommen könnte. Die Sorgen waren unnötig; denn die FDA hat weder das Personal, noch den Willen genauer hinzusehen.

© Prof. Harald Walach

Nebenwirkungsfälle werden nicht angemessen untersucht und dokumentiert

Das, was Dr. Freisleben in seinem Interview gesagt hat, das ich am Anfang zitiert habe, ist kein Einzelfall. Am 2.11. führte der US-Senator Ron Johnson ein Hearing mit Menschen durch, die aufgrund der Covid-19 Impfungen schwere Nebenwirkungen erlitten haben. Ich sehe mir normalerweise keine Youtube-Videos an, aber diese 9 Minuten habe ich mir angesehen und ich war erschüttert. In diesen 9 Minuten spricht eine Betroffene von ihren Erfahrungen: dass sie belogen worden sei von der FDA, von den Firmen, von der Regierung. Denn keiner derer, die Nebenwirkungen erlitten hätten, hätte auch nur in irgendeiner Form medizinische Hilfe erhalten. Man versuche, diese Effekte abzuwälzen, nicht ernst zu nehmen oder zu bagatellisieren. Am Ende liest sie unter Tränen den Abschiedsbrief einer Freundin vor, die Autoimmunprobleme bekommen und sich deswegen das Leben genommen hatte. Ausschlaggebend war wohl neben ihrem Leiden die Ohnmacht gegenüber dem totalen Verschweigen und den Mauern des politischen Systems in den USA.

Ob es bei uns anders abläuft? Ob hierzulande die auf die Impfungen zurückzuführenden Schäden als solche anerkannt werden? Oder wird es wieder ein jahrelanger juristischer Kampf wie in anderen Fällen? Man darf gespannt sein. Ich hatte darauf hingewiesen: hinter vorgehaltener Hand hört man über solche Fälle. Dr. Freisleben erwähnt sie in seinem Interview. Er meldet sie. Erzählt aber auch von einem Fall, den er ans Klinikum überwiesen hatte, wo man ihn genau nicht als potenziellen Impfnebenwirkungsfall sah und abwiegelte.

Neulich sprach ich mit einem Kollegen. Der erzählte von einem Arzt, in dessen Praxis eine ältere Frau unmittelbar nach einer Impfung tot zusammenbrach. Der Arzt meldete dies nicht als Impfnebenwirkung. Das ist nämlich ein großer Aufwand, kostet Zeit und dummerweise vielleicht sogar die Reputation. Eine andere Kollegin erzählte mir Ähnliches: Kollegen, die sehr genau sehen, dass Nebenwirkungen entstehen, diese aber nicht melden. Daher können wir davon ausgehen, dass die Dunkelziffer sehr hoch ist, wie es auch Dr. Freisleben in seinem Interview sagt, und dass die Zahlen, die in den Studien bislang publiziert wurden oder die man den Nebenwirkungsdatenbanken entnehmen kann, grob unterschätzt sind. Das ist auch der Grund, weswegen Menschen, die solche Nebenwirkungen erleben, unbedingt eine Meldung aufgeben sollten. Das kann man auch ohne Arzt auf den Seiten des Paul-Ehrlich-Instituts tun.

Mehr Todesfälle unter Geimpften als unter Nichtgeimpften in England

Eine Analyse, die Prof. Fenton, ein Mathematiker und Spezialist für Risikoanalysen, an der Queen Mary University in London durchgeführt hat, steht als Vorabpublikation zur Verfügung. Er hat die alters-standardisierte Mortalität der Geimpften mit der der Ungeimpften verglichen und dafür die öffentlich verfügbaren Daten von Public Health England und des Office of National Statistics bis zur Woche 26 (2. Juli 2021) verwendet. Schaut man sich diese Daten an, dann sieht man, dass die alters-standardisierten Todesfälle pro 100.000 Einwohner, und zwar unabhängig von der Ursache, in der Gruppe der Ungeimpften niedriger ist (25,3) als in der Gruppe der einmal Geimpften (89,3), aber höher als in der Gruppe der zweimal Geimpften (14,7). Die Altersstandardisierung führt dazu, dass der Effekt eingerechnet wird, dass in Großbritannien mittlerweile ca. 75 % der Bevölkerung, für die die Impfung zugelassen ist, geimpft sind. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass in den nationalen Statistiken Daten von etwa 10 Millionen Bürgern fehlen. Die unstandardisierten Mortalitätsraten sind mit 8,99 (einmal Geimpfte) und 25,5 (zweimal Geimpfte) sehr viel höher als für die Ungeimpften (4,57). Die Autoren bemerken, dass die Todesraten durch Covid-19 insgesamt niedrig sind und gerade einmal 1,6 % aller Todesfälle ausmachen. Sie sind auch der Meinung, dass die Statistiken nicht zuverlässig sind, weil so viele Daten fehlen und so starke Diskrepanzen auftreten. Die Behörden haben bessere Statistiken in drei Wochen versprochen. Man darf also gespannt sein.

© Prof. Harald Walach

Und in Deutschland? Die RKI-Mortalitätszahlen zu Covid-19 Todesfällen

Ich würde mir wünschen, dass es in Deutschland ähnliche Statistiken gibt. Das Bundesamt für Statistik hat es noch nicht einmal fertiggebracht, die Mortalitätszahlen für 2020 zu publizieren, ganz zu schweigen von vorläufigen Zahlen für 2021 und ganz zu schweigen von Aufschlüsselungen nach gegen SARS-CoV2-geimpft und ungeimpft. Daher muss man in Deutschland etwas indirekter vorgehen, wenn man wissen will, ob die Impfungen einen Effekt haben und wenn ja, welchen. Ich habe mir deshalb die Mortalitätszahlen angesehen, die das RKI zu Covid-19 am 28.10.2021 veröffentlicht hat.

Wenn man hier alle Fälle nach Altersgruppen getrennt über die zwei Jahre 2020 und 2021 grafisch darstellt, dann erhält man folgende Grafik (Abb. 1; ich habe dabei Männer und Frauen zusammengefasst, weil ich gesehen habe, dass sich die Geschlechter nicht sonderlich voneinander unterscheiden und weil mich die Gesamttendenz interessiert; die Tabelle des RKI enthält Zahlenwerte „kleiner als 4“; diese habe ich als 3,99 in die Berechnung aufgenommen; dies hat einen konservativen Effekt):

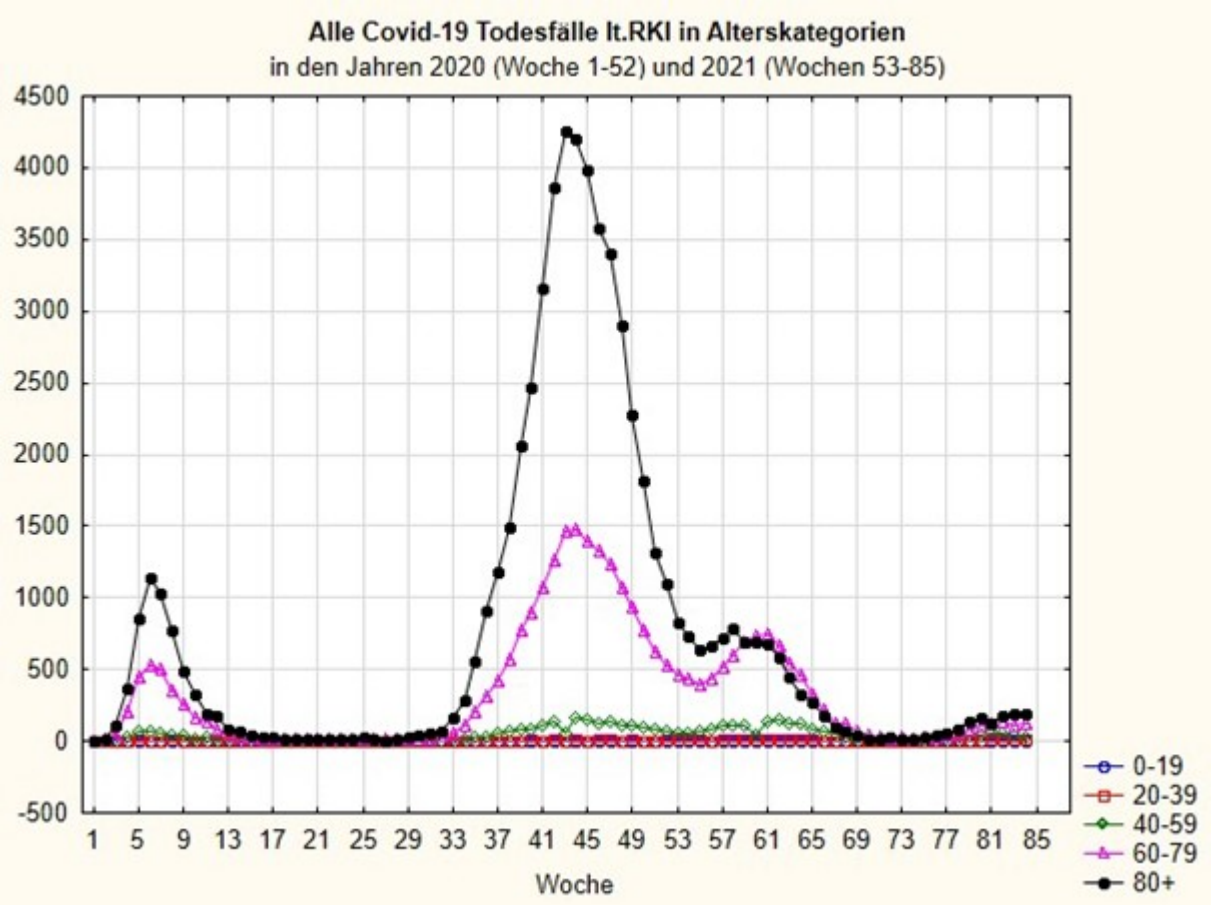

Abbildung 1 – Alle Covid-19 Todesfälle lt. RKI über die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), aufgeteilt nach Alterskategorien (Männer und Frauen zusammengefasst)

Man sieht an dieser Abbildung: gegen Ende des Jahres 2020 gab es einen starken Anstieg der Mortalität, vor allem bei den Alten (über 60- und 80-Jährigen). Jetzt, gegen Ende 2021 ist eigentlich nicht mal annähernd so viel Problematik zu erkennen, wie man dem Mediengeraune entnehmen könnte. Eigentlich sollte ja, wenn die Wirksamkeit der Impfung so gut ist, wie man denkt, der Zauber jetzt endgültig vorbei sein. Wie hat Frau Merkel orakelt? Die Pandemie ist vorbei, wenn eine Impfung gefunden ist. Sie ist gefunden. Sie ist an einen Großteil der Bevölkerung vergeben worden. Da die Herdenimmunität für jegliche Infektion 1-1/R beträgt und R, die

© Prof. Harald Walach

Reproduktionszahl des Virus zwischen 2 und 3 lag, ergibt sich daraus die Notwendigkeit, dass 50-66 % der Bevölkerung entweder immun oder immunisiert sein muss [11]. Diese Zahl müsste mit all den Impfungen und positiven Fällen, ganz abgesehen von den vergessenen Kreuzimmunitäten [12-14], längst erreicht sein. Warum also sehen wir diesen Anstieg? Hat er mit Impfdurchbrüchen zu tun? Damit, dass die Geimpften eben genau nicht immun sind, wie auch schon Studien aus dem Sommer nahelegen [15]?

Wenn man die Grafik oben feiner auflöst, indem man die Altersgruppen 60-79 und 80+ weglässt, erhält man Abbildung 2. Dadurch kann man den Trend bei den Jüngeren, in diesem Falle der Altersgruppe 40-59, besser verfolgen. Erinnern wir uns: Anfang 2021, also in den Wochen ab 53 setzte die Impfkampagne ein. Während der Trend bei den ganz Alten (Abb. 1, schwarze Kurve) ab der Woche 58 abfällt und bei den 60-79-Jährigen ab Woche 61 (Abb. 1, lila Kurve), geht er bei den 40-59-Jährigen erst nach Woche 63 nach unten und steigt jetzt bei dieser Altersgruppe wieder an.

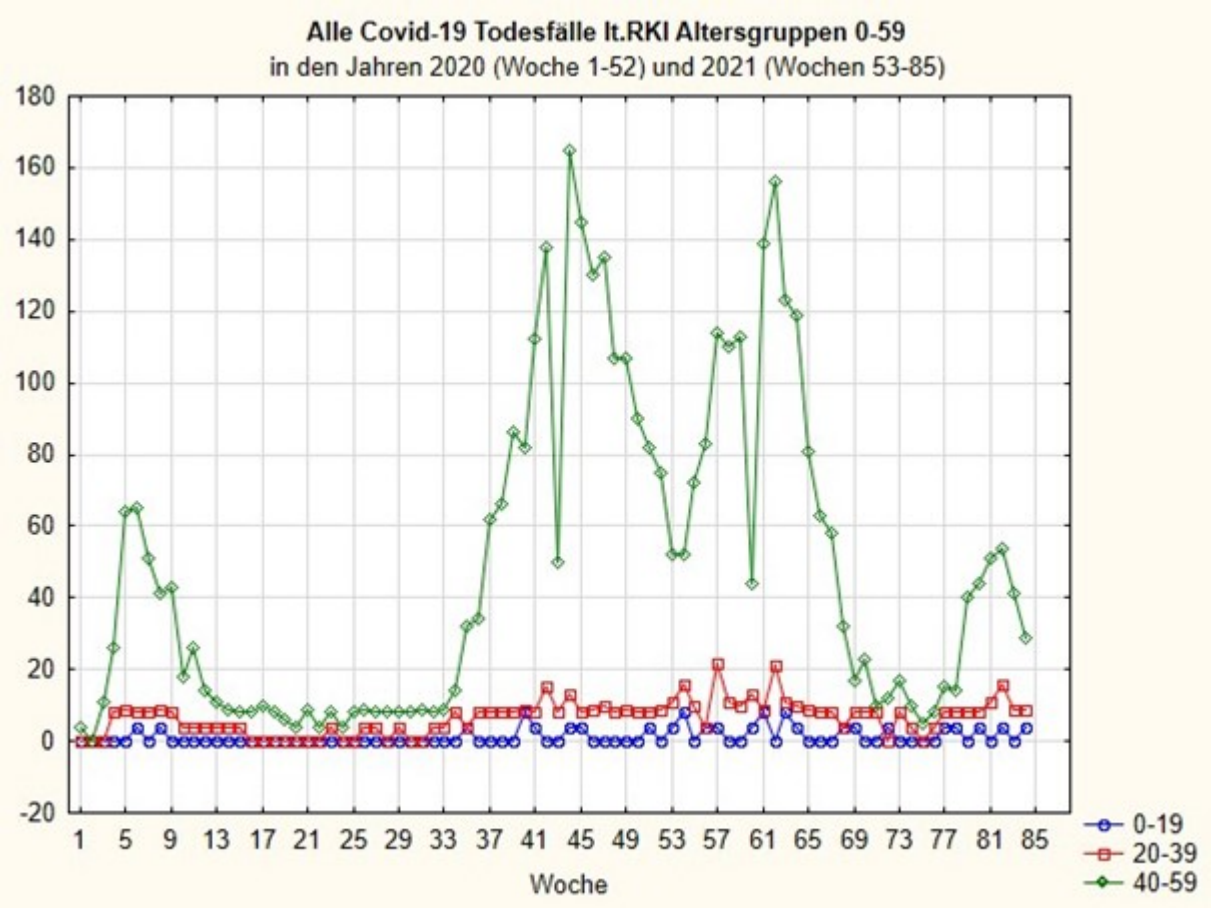

Abbildung 2 – Covid-19 Todesfälle in den Altersgruppen bis 59 Jahre lt. RKI über die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), Männer und Frauen zusammengefasst.

Lösen wir Abbildung 2 noch weiter auf, um den Trend in den jüngsten Alterskategorien besser erfassen zu können, dann ergibt sich Abbildung 3. Als Erstes sieht man, dass im Jahr 2020 in diesen jungen Altersklassen sehr wenige Covid-19-Tote waren. Die Sprünge auf „4“ bei den ganz jungen Kindern und Jugendlichen sind Artefakte. Denn hier hat das RKI „kleiner als 4“ markiert und ich habe diese Zahl auf 3,99 gesetzt, um die Kurven darstellen zu können. Es könnten aber auch eins, zwei oder drei sein. Man sieht also als Erstes: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind dermaßen verschwindend wenig unter den Covid-19-Todesfällen, dass es medizinischer Unfug ist, eine Impfung an diese Altersgruppe vergeben zu wollen, zumal wir wissen, dass die Impfung nicht vor Infektion und Weitergabe des Virus schützt [15-17]. Aber was ich viel bedenklicher finde, ist, dass die Covid-19 Mortalität seit Beginn der Impfkampagne in diesen Altersgruppen ansteigt. Wenn man all die

© Prof. Harald Walach

Häufigkeiten von „4“ ignoriert, weil sie möglicherweise ein Artefakt darstellen und einfach nur alle Werte über 4 in den Wochen 1-52 visuell mittelt und das gleiche für die Wochen 53 bis 85 tut, dann sieht man sofort: hier stimmt irgendetwas nicht.

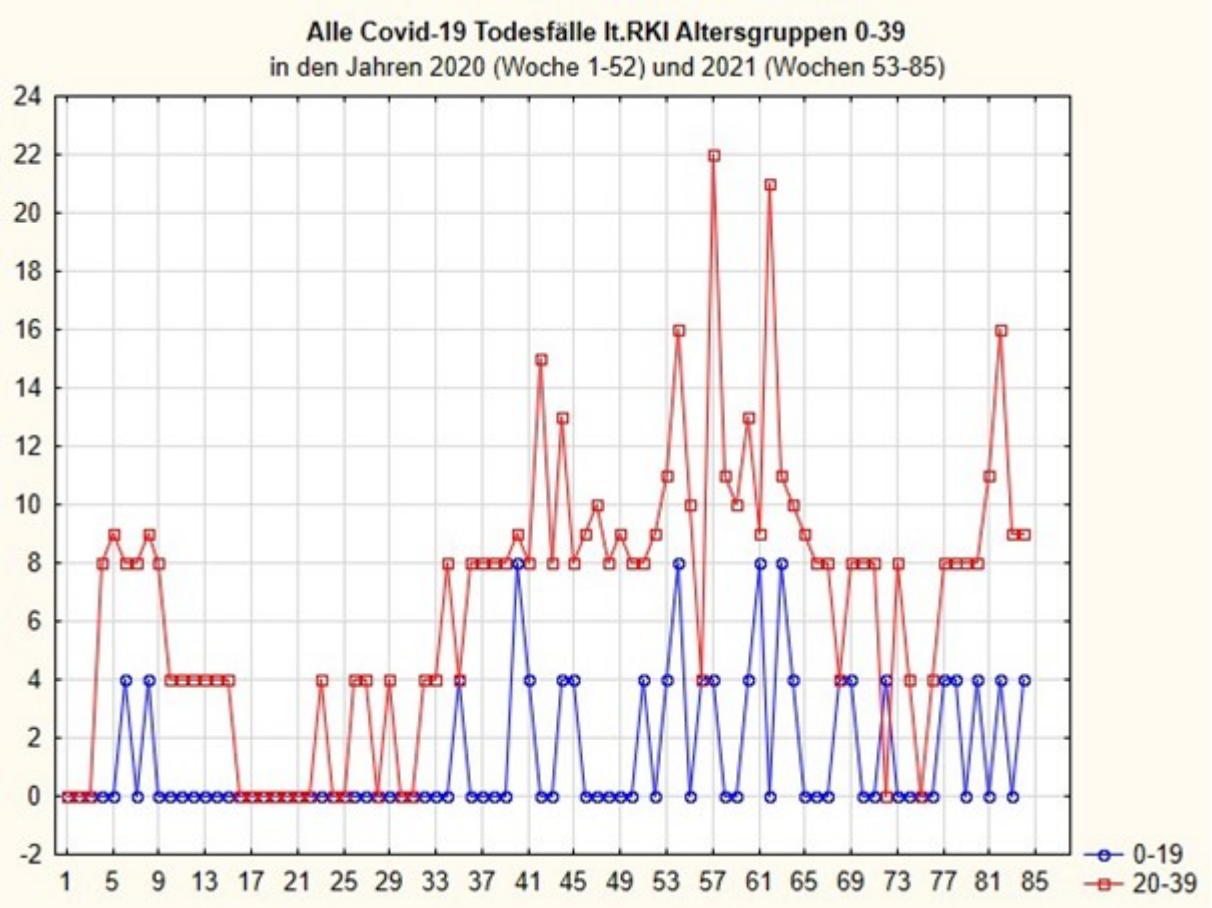

Abbildung 3 – Covid-19 Todesfälle in den Altersgruppen bis 39 Jahre lt. RKI () über die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), Männer und Frauen zusammengefasst.

Denn während im Gesamttrend (Abb. 1) die Covid-19-Mortalitätsraten im Jahr 2021 sinken, steigen sie in den Altersgruppen der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen an, obwohl es keine Infektionswelle mehr gab und lt. Theorie die Impfung schützen müsste.

Wer seinen Augen nicht traut, kann dies hier anhand der Zusammenfassung über die Jahre 2020 und 2021 für die beiden Altersgruppen getrennt in Boxplots sehen, die die robusten Mediane und die Datenspannweite umfassen. Dass diese Unterschiede statistisch signifikant sind, sieht sogar ein Blinder. Und ich sage es nochmals: die Daten enthalten Artefakte, die einen konservativen Effekt haben, weil das RKI Todesfallzahlen unter 4 nicht aufgelöst hat. Hier also die Boxplots in Abbildungen 4 und 5.

© Prof. Harald Walach

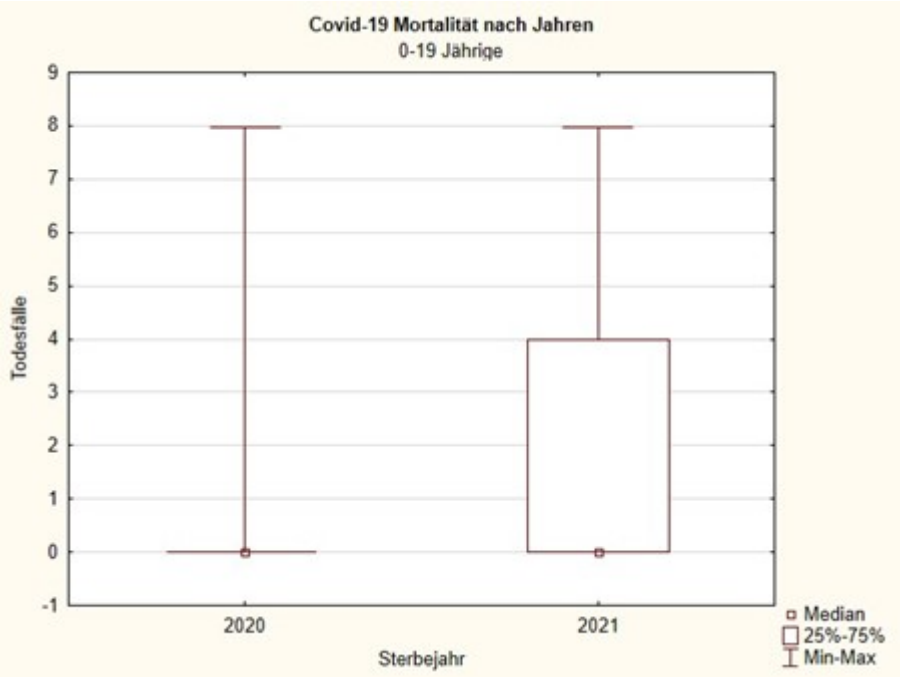

Abbildung 4 – Covid-19 Todesfallzahlen der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre lt. RKI über die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), Buben und Mädchen zusammengefasst.

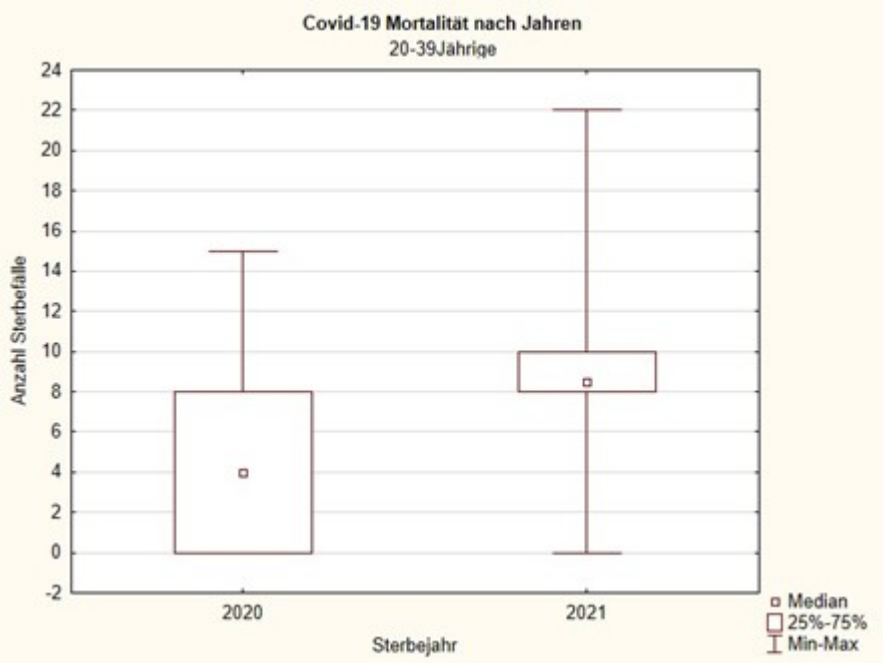

Abbildung 5 – Covid-19 Todesfallzahlen der jungen Erwachsenen bis 39 Jahre lt. RKI über die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), Männer und Frauen zusammengefasst.

Ich finde, diese beiden statistischen Grafiken sehen bedenklich aus, zumal wir es im Jahr 2021 nicht mehr mit einer großen SARS-CoV2 Welle zu tun hatten, jedenfalls bis jetzt nicht. Außerdem ist das Jahr 2021 noch nicht zu Ende und damit die Datenbasis für diese Zusammenfassung geringer, was ebenfalls einen konservativen Effekt ausübt. Die Interpretation, dass sich hinter diesen Zahlen Todesfälle verbergen, die direkt oder indirekt mit der SARS-CoV2 Impfung zu tun haben, legt sich nahe. Um dies wirklich mit größerer Sicherheit sagen oder ausschließen zu können, müsste man jetzt genau die altersstandardisierten Mortalitätszahlen der Jahre zuvor mit denen von 2021 vergleichen und idealerweise eine Aufschlüsselung nach Impfstatus haben. Dann wüssten wir es.

© Prof. Harald Walach

Will das jemand unter den Verantwortlichen wirklich wissen? Wenn ja, dann sollte das Statistische Bundesamt schleunigst angewiesen werden, genau diese Zahlen bereitzustellen. Wenn das nicht geschieht, kann man entweder davon ausgehen, dass wir in einer Bananenrepublik leben oder dass es niemand wissen will. Denn was wir bis jetzt wissen, reicht eigentlich schon, um die Impfkampagne zumindest bei den jungen Menschen abzublasen. Sie ist nämlich unverantwortlich. Und die Daten des RKI zeigen dies aus meiner Sicht sehr deutlich.

All das sollte mindestens Grund dafür sein, die Denkverbote aufzuheben, die hierzulande herrschen und die dazu führen, dass Geimpftsein gegen SARS-CoV2 gleichgesetzt wird mit „guter Demokrat und Staatsbürger“ und Impfskepsis oder -zögerlichkeit mit „Querdenkerei“, die zu Naziverdacht führt.

Ich wiederhole mich: Eine Covid-19-Erkrankung ist ein Schicksalsschlag; man kann ihn unter Umständen durch einige präventive Maßnahmen – etwa einem guten Vitamin-D-Spiegel und gesunder Lebensführung – vermeiden bzw. so abschwächen, dass er nicht zum Drama ausartet. Eine Impfnebenwirkung aufgrund eines schlecht geprüften und durch die Zulassung gepeitschten Impfstoffes ist eine Körperverletzung, manchmal mit Todesfolge, die nur durch informiertes Einverständnis ihre juristische Spitze verliert. Kann jemand bei der derzeitigen Datenlage überhaupt ein informiertes Einverständnis geben? Eigentlich ist der Staat für die Folgen haftbar, der die Zulassung ausgesprochen hat. Der tut im Moment alles, um mögliche Probleme nicht zur Kenntnis zu nehmen. Die Firmen haben sich aus der Haftpflicht herausgenommen, indem sie diese auf den Staat abgewälzt haben. Das war aus meiner Sicht schlau – im Sinne ihrer eigenen wirtschaftlichen Interessen – denn sie wussten, dass sie das, was auf sie zukommen würde, nicht abfedern könnten.

Das, was ich schon lange gefordert habe, und was auch Dr. Freisleben in seinem Interview sagt, ist überfällig: eine sorgfältige, von der Industrie unabhängige und langfristige Beobachtungsstudie an einer großen Kohorte, vielleicht einer Million, frisch Geimpfter, um wirklich genau zu sehen, welche Nebenwirkungen wie oft auftreten. Erst dann kann man informiert entscheiden, ob einem dieses Risiko lieber ist als das vergleichsweise überschaubare Risiko einer Infektion mit Komplikationen.

Denn: Noch nie in der ganzen Geschichte der Medizin gab es eine Infektion, deren öffentlich gezeichnetes Bild und deren wissenschaftliche Datenlage so divergierten wie bei SARS-CoV2. Noch nie wurde mit Verweis auf die Bedrohung ein derart wenig erprobtes Verfahren wie die mRNA- oder Vektorimpfung in solcher Eile durch die Notzulassung gepeitscht. Und ich glaube: noch nie haben sich in der Nachkriegsära mehr unterschiedliche Leute durch öffentliche Fehleinschätzungen derartig um Kopf und Kragen geredet, dass es einfacher und konsequenter erscheint, den Mythos vom Killervirus und der Rettung durch die Impfspritze aufrechtzuerhalten, als zum Nachdenken anzuregen und ein Moratorium auszurufen.

Was macht man in Island, wenn man sich in einem Wald verlaufen hat? fragt ein isländischer Witz. Ganz einfach: Man steht auf und schaut sich um (weil die Bäume dort nämlich so klein sind). So ähnlich müssten wir das jetzt auch machen: Stehen bleiben, Fehler zugeben und aussteigen. Ob die politischen und wissenschaftlichen Akteure in diesem Trauerspiel wohl das Format haben, diesen Schritt zu unternehmen?

Quellen und Literatur

1. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The Safety of COVID-19 Vaccinations — Should We Rethink the Policy? Science, Public Health Policy, and the Law. 2021;3:87-99. doi: https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5.
2. Gøtzsche PC. Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Health Care. London: Radcliff; 2013.

© Prof. Harald Walach

3. Koch AK, Klose P, Dobos G, Cramer H, Langhorst J. Naturheilkunde und komplementäre Verfahren in der Nationalen VersorgungsLeitlinie «Nicht-spezifischer Kreuzschmerz»: Erfahrungen aus der «Königsklasse». Complementary Medicine Research. 2017;24(2):72-3. doi: https://doi.org/10.1159/000471914.
4. Jefferson AA, Pearson SD. Conflict of interest in seminal hepatitis c virus and cholesterol management guidelines. JAMA Internal Medicine. 2017. doi: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8439.
5. Ransohoff DF, Pignone M, Sox HC. How to decide whether a clinical practice guideline is trustworthy. Journal of the American Medical Association. 2013;309(2):139-40.
6. Brix Bindslev JB, Schroll J, Gøtzsche PC, Lundh A. Underreporting of conflict of interest in clinical practice guidelines: A cross-sectional study. BMC Medical Ethics. 2013;14:19. doi: https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-19.
7. Walach H. Heilung kommt von innen: Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen. München: Knaur Verlag; 2018.
8. Walach H. Weg mit den Pillen! Selbstheilung oder warum wir für unsere Gesundheit Verantwortung übernehmen müssen – Eine Streitschrift. München: Irisiana; 2011.
9. Thacker PD. Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial. BMJ. 2021;375:n2635. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n2635.
10. Angell M. The Truth About The Drug Companies: How They Deceive Us And What To Do About It New York: Random House; 2005.
11. Omer SB, Yildirim I, Forman HP. Herd Immunity and Implications for SARS-CoV-2 Control. JAMA. 2020. doi: https://doi.org/10.1001/jama.2020.20892.
12. Mateus J, Grifoni A, Tarke A, Sidney J, Ramirez SI, Dan JM, et al. Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans. Science. 2020;370(6512):89-94. doi: https://doi.org/10.1126/science.abd3871.
13. Ng KW, Faulkner N, Cornish GH, Rosa A, Harvey R, Hussain S, et al. Preexisting and de novo humoral immunity to SARS-CoV-2 in humans. Science. 2020:eabe1107. doi: https://doi.org/10.1126/science.abe1107.
14. Nelde A, Bilich T, Heitmann JS, Maringer Y, Salih HR, Roerden M, et al. SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition. Nature immunology. 2021;22(1):74-85. Epub 2020/10/02. doi: https://doi.org/10.1038/s41590-020-00808-x. PubMed PMID: 32999467.
15. Riemersma KK, Grogan BE, Kita-Yarbro A, Halfmann PJ, Segaloff HE, Kocharian A, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. medRxiv. 2021:2021.07.31.21261387. doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.31.21261387.
16. Chau NVV, Ngoc NM, Nguyet LA, Quang VM, Ny NTH, Khoa DBaP, Nguyen Thanh, et al. Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam. SSRN Preprints. 2021. doi: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3897733
17. Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. medRxiv. 2021:2021.08.24.21262415. doi: https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415.

Date Created
4. November 2021

© Prof. Harald Walach