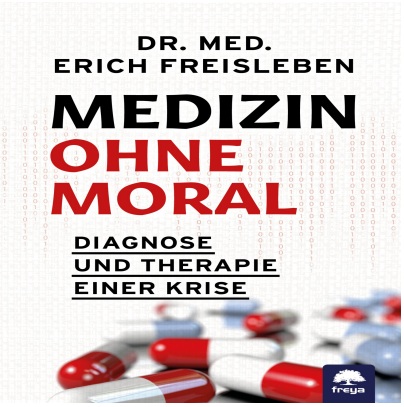

Medizin ohne Moral

Description

Medizin ohne Moral. Ein Essay Ã¼ber ein wichtiges Buch und warum es gerade jetzt von Bedeutung ist â?? angesichts einiger erschreckender Meldungen und Daten

Ich wollte ursprÃ¼nglich nur ein wichtiges Buch vorstellen: â??*Medizin ohne Moral*â?? von Erich Freisleben. Aber nun sind noch einige Informationen hinzugekommen. Ich habe mich auÃ?erdem wieder einmal mit RKI-Daten beschÃ¤ftigt 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 â?¬, 432 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-.99025-422-6; (Das Buch beim Verlag)

Dieses Buch eignet sich als Weihnachtsgeschenk: fÃ¼r Ihren Hausarzt, fÃ¼r die Nichte, die Medizin studieren will, fÃ¼r alle Leute, die sich entweder fÃ¼r Medizin interessieren, oder wirklich verstehen wollen was falsch lÃ¤uft. Oder die sich wappnen wollen gegen die nÃ¤chste 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 Ã¼ber 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 gehÃ¶rt werden sollte.

Deswegen hat auch kÃ¼rzlich die Zeitschrift â??*Cicero*â?? ein Interview mit ihm Ã¼ber seine Erfahrungen mit den Corona-Impfstoffen gefÃ¼hrt. Er spricht in diesem Interview darÃ¼ber, dass er etwa 300 Covid-19-FÃ¤lle in seiner Praxis gesehen und behandelt hat, davon seien 6 aufgrund schwerer VerlÃ¤ufe gestorben und vier hÃ¤tten ein schweres, lÃ¤nger wÃ¤hrendes Syndrom, also â??Long Covidâ??, erlebt. Als Folge der Impfungen

Â© Prof. Harald Walach

erlebte Dr. Freisleben unter seinen Patienten einen Todesfall aufgrund einer Impfnebenwirkung wegen einer Thrombose, drei Lungenembolien, ein Guillain-BarrÃ©-Syndrom und 25 FÃ¤lle 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 zurÃ¼ckgezogen, ist aber jetzt wieder verfÃ¼gbar [1]. Wir haben geschÃ¤tzt, dass wir durch die Impfung 6-8 TodesfÃ¤lle verhindern kÃ¶nnen, aber 1-2 in Kauf nehmen mÃ¼ssten; das ist ziemlich genau das, was Dr. Freisleben berichtet, auch wenn das keine systematische Studie ist). Daher mÃ¼sse 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 zufÃ¼gen (primum nil nocere).

Das Buch â??Medizin ohne Moralâ?? ist die LebensrÃ¼ckschau eines Hausarztes der spÃ¼rbar unter dem leidet, was aus â??seinerâ?? Medizin geworden ist. Er war in Selbstverwaltungsgremien tÃ¤tig, 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 Ã?rzten, vor allem aus der komplementÃ¤rmedizinischen Szene.

Dr. Freisleben ist ebenfalls offen fÃ¼r die komplementÃ¤ren Verfahren der Naturheilkunde. Seine persÃ¶nliche SpezialitÃ¤t sind offenbar Behandlungen mit Eigenblut, in die passende HomÃ¶opathika gemischt sind. Dies ist eine Behandlungsmethode, Ã¼ber die ich schon viele gute Berichte gehÃ¶rt habe, die aber meines Wissens nicht sorgfÃ¤ltig untersucht ist. Die Methode funktioniert so: Dem Patienten werden einige Tropfen Blut entnommen, dieses wird mit HomÃ¶opathika gemischt und weiter potenziert und dann rÃ¼ckinjiziert. Vor allem bei chronischen und immunologischen Problemen scheint diese Methode sehr gut zu funktionieren.

Der zweite Teil des Buches (â??Die verstandene Krankheitâ?? S. 194-289) ist voller Fallbeispiele, wie Patienten mit dieser Methode, aber auch mit ganz einfachen therapeutischen GesprÃ¤chen, durch tiefes Verstehen der persÃ¶nlichen Problematik, heil wurden. Hier erzÃ¤hlt wirklich ein â??Doktor alter Schuleâ?? aus seinem reichen Erfahrungsschatz und genauso liest sich das Buch auch: berÃ¼hrend, packend sogar, authentisch. AnfÃ¤nger kÃ¶nnten viel daraus mitnehmen.

Aber, und das ist Dr. Freislebens groÃ?e Sorge, sie werden es vermutlich nicht mehr so lernen, weil die Medizin mittlerweile ihre Seele verloren hat, oder besser gesagt, verkauft hat. Diese Geschichte erzÃ¤hlt er im ersten Teil (â??Abschied von Hippokratesâ??, S. 22-193). Sie stellt die Diagnose dar, die Diagnose einer Therapeutik, die sich allzu sehr auf Medikamente statt auf das Heilpotenzial der Begegnung verlÃ¤Ã?t. Auch noch so brÃ¼chige Studienergebnisse der Ã¤rztlichen Erfahrung vorzieht und diese damit abwertet. Der Autor hat die Entwicklung mitverfolgt, die dazu fÃ¼hrte, dass Kassenangestellte (im Jargon â??Sofasâ?? genannt, â??Sozialfachangestellteâ??) ohne jegliche tiefere Kenntnis eines Patientenschicksals â?? und vor allem ohne medizinische Fachkenntnis â?? beim Arzt anrufen und angebliche Behandlungsfehler monieren, weil nicht â??leitliniengemÃ¤Ã?â?? behandelt worden sei. Das kann bis zu Regressforderungen fÃ¼hren; die mildere Form der Abmahnung besteht in der Verweigerung der Erstattung.

Fluch und Segen der Evidence Based Medicine

Der Segen der â??evidence based medicineâ?•, 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 GÃ¸tzsche deutlich gemacht, haben die Regularien dazu gefÃ¼hrt, dass fast nur noch Pharmafirmen oder groÃ?e UniversitÃ¤tsinstitute (mit finanzieller UnterstÃ¼tzung der Industrie, selten mit

Â© Prof. Harald Walach

finanzieller UnterstÃ¼tzung unabhÃ¤ngiger Geldgeber) klinische Studien durchfÃ¼hren kÃ¶nnen. Das fÃ¼hrt zu einer Verzerrung der Datenlage:

> â??*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*.â??
> *GÃ¸tzsche [2, S. 59]*

(â??*Randomisierte Studien wurden eingefÃ¼hrt, um uns vor den vielen unbrauchbaren Interventionen auf dem Markt zu schÃ¼tzen. Aber dummerweise haben sie die Macht der Wissensproduktion den groÃ?en Pharmafirmen in die Hand gegeben. Diese benÃ¼tzen solche Studien, um Zulassungen fÃ¼r Behandlungen zu erhalten, die wenig taugen und sehr oft schÃ¤dlich sind*.â?•)

Zweitens gibt es eine eindeutige Verzerrung dahingehend, dass marktgÃ¤ngige, profiterzeugende Interventionen viel hÃ¤ufiger wissenschaftlich untersucht werden, als komplexe Interventionen oder Verfahren, die nicht patentierbar sind oder keinen Profit abwerfen. Dadurch entsteht der Eindruck, nur solche, meist medikamentÃ¶se Verfahren seien wirksam. Andere Verfahren, etwa die vorher erwÃ¤hnte Eigenbluttherapie, ohne Lobby, ohne AnwÃ¤lte, ohne sie vertretende Firmen und VerbÃ¤nde, sind nicht oder schlecht untersucht. Aus dem Nichtvorhandensein von Wissen schlieÃ?t der unbedarfte Leser der Literatur auf Unwirksamkeit der Verfahren. Dies fÃ¼hrt dann dazu, dass Leitliniengremien solche Verfahren nicht auf die Empfehlungsliste setzen (Wie schwer es selbst gut belegte komplementÃ¤rmedizinische Verfahren haben, in Leitlinien erwÃ¤hnt zu werden, davon kÃ¶nnen meine Kollegen, die in diesen Gremien aktiv sind, ein Lied singen [3]). Dies fÃ¼hrt dazu, dass die Krankenkassen Kosten fÃ¼r solche Verfahren entweder nicht ersetzen, oder, noch schlimmer, dass ihre Anwendung im Zweifelsfall sogar juristisch geahndet werden kann.

Drittens fÃ¼hrt diese ganze Gemengelage dazu, dass Gremien, EntscheidungstrÃ¤ger, politisch Einflussreiche und MeinungsfÃ¼hrer mehr oder weniger im Sold der Industrie stehen [4-6]. Das hat in den letzten Jahren dazu gefÃ¼hrt, dass Interventionen, vor allem medikamentÃ¶se und diagnostische, Ã¼berbewertet und umsichtige GesprÃ¤che, Hilfestellung und Beratung unterbewertet wurden. Nicht nur die Ã?rzte, auch die Patienten wurden durch diese umfassende und oft von den Medien mitbetriebene Medikalisierung dahingehend konditioniert, vor allem von medikamentÃ¶sen, idealerweise von neuen und sehr teuren Medikamenten das Heil zu erwarten. Diese Spirale fÃ¼hrt dazu, dass Ã?rzte fÃ¼r alle GesprÃ¤che, AufklÃ¤rungen und Beratungen zusammengenommen pro Quartal und Patient irgendwelche lÃ¤cherlichen Summen zwischen 15 und 30 Euro erhalten, dass aber Medikamentenkosten von vielen hundert Euro selbstverstÃ¤ndlich bezahlt werden.

All diese Fehlentwicklungen zeigt Dr. Freisleben an vielen eindrÃ¼cklichen Beispielen auf. Neue Krebsmedikamente etwa, die das Leben einige Wochen verlÃ¤ngern und sechs- bis siebenstellige Summen kosten. Diese werden von den Kassen meist anstandslos beglichen, wohingegen gÃ¼nstige unterstÃ¼tzende oder helfende MaÃ?nahmen nicht erstattet werden, mit Verweis auf die mangelnde Datenlage. Wer dafÃ¼r Beispiele sucht, in diesem Buch wird man fÃ¼ndig. Das ist nÃ¼tzlich fÃ¼r Laien zu wissen, aber auch fÃ¼r Fachleute: um zu verstehen, was in unserem System falsch lÃ¤uft. Diese Diagnose ist solide und schonungslos.

Nur befÃ¼rchte ich, dass sie wirkungslos bleiben wird, weil viel zu viele Akteure von diesem System profitieren. Auch das zeigt der Autor: Ã?rzte kÃ¶nnen sich aufgrund der Leitlinien in einen bequemen Teilzeitjob zurÃ¼ckziehen und sind nur die Dummen, wenn sie sich dagegen auflehnen und sich wirklich fÃ¼r Patienten engagieren.

- Die Krankenkassen haben ein Kontroll- und Regulierungsinstrument in der Hand.

Â© Prof. Harald Walach

- Die Industrie kann durch Einflussnahme auf die wenigen entscheidenden Meinungsmacher in den Gremien, und gestÃ¼tzt auf eigene Studien, ihre Interessen durchsetzen.
- Die Politik kann verkÃ¼nden, dass sie sich dem wissenschaftlichen Konsens unterordnet und Patienten die neuesten Errungenschaften zukommen lÃ¤sst.
- Die Elite des Gesundheitswesens, Betreiber von Kliniken, Chefs der Krankenkassen, Klinikchefs und ihre Eleven, erhalten ausreichend Ã?l zum Schmieren der Angeln, in denen sich das GefÃ¼ge dreht.

Auf der Strecke bleiben die Patienten. Allerdings sind die durch die allgegenwÃ¤rtige Propaganda-Maschine ebenfalls meistens auf Linie gehalten, bis sie eben nach einer langen Odyssee einen der noch verbliebenen Ã?rzte finden, wie etwa Dr. Freisleben und andere Kollegen seines Kalibers, denen das Patientenwohl wichtiger ist als KonformitÃ¤t mit Kassenvorgaben. Ich habe vor Jahren eine ziemlich Ã¤hnliche Analyse vorgelegt und ebenfalls ein paar VorschlÃ¤ge zur VerÃ¤nderung des Systems gemacht [7, 8]. Mir ist nicht bekannt, dass sich systemrelevante EntscheidungstrÃ¤ger dafÃ¼r interessiert hÃ¤tten.

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 â??Ganzheitsmedizinâ??. 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 KomplementÃ¤rmedizin anbot. Einsparungen wurden vor allem im Bereich der Arzneimittel und Krankenhauskosten erzielt und an die Patienten zurÃ¼ckgegeben. Die Krankenkasse sah in ihrem Controlling, dass bei 2.500 eingeschriebenen Patienten und gleicher VersorgungsqualitÃ¤t im ganzheitlichen Modell etwa 100.000 Euro eingespart wurde. Solche AnsÃ¤tze haben sich leider nicht flÃ¤chendeckend durchgesetzt. Warum (?!), fragt sich der kritische Leser.

Seelenverlust der Medizin

Der dritte Teil (â??Medizin im kranken Zeitalterâ??, S. 290-427) ist eine Mischung aus philosophischer Analyse, historischer Reminiszenz und Utopie fÃ¼r 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 RÃ¤derwerke, die zu optimieren, zu reparieren oder neu auszurichten sind. Die Heilung? WÃ¤re stattdessen u.a. eine RÃ¼ckkehr zum spirituellen Kern des Menschen.

Die historische Reminiszenz ist spannend. In seiner medizinhistorischen Doktorarbeit hat der Autor nÃ¤mlich die Rassenlehre des beginnenden 20. Jahrhunderts untersucht. Dieser Teil enthÃ¤lt einige Perlen, die wenig bekannt sind. Zum Beispiel die ErlÃ¤uterung, 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 GrÃ¶Ã?en waren sogar oft noch in den Nachkriegsjahren auf ihren LehrstÃ¼hlen und in Fachgremien aktiv.

Diese historische Episode lehrt, wie anfÃ¤llig fÃ¼r Fehler eine ideologisierte Wissenschaft ist. Finden wir da nicht einige erschreckend auffÃ¤llige Parallelen zur heutigen Zeit? Der Gemeinplatz, wer nicht aus der Geschichte lernen wolle, sei gezwungen, sie zu wiederholen, scheint offenbar immer nur fÃ¼r andere zu gelten.

Â© Prof. Harald Walach

Ein Fazit zum Buch in aller KÃ¼rze

Das Buch ist reichhaltig und spielt auf unterschiedlichen Registern, von politischen Fakten zu philosophisch-nachdenklichen Meditationen, von Fallgeschichten zu Reflexionen Ã¼ber Wirkprozesse und politische KrÃ¤fte. Manchmal mÃ¤andert es ein bisschen. Gedanken wiederholen sich auch. Die wichtigen Passagen sind fett hervorgehoben, etwa zwei SÃ¤tze pro Seite. Damit lÃ¤sst es sich rasch und mit Vorteil querlesen. Doch es verdient grÃ¼ndliche LektÃ¼re. Unser kÃ¼nftiger Gesundheitsminister sollte es eigentlich als PflichtlektÃ¼re bekommen und erst nach bestandener PrÃ¼fung Ã¼ber den Inhalt vereidigt werden. Aber das ist jetzt meine Utopie, die an der Wirklichkeit zerschellen wird. Hoffentlich trÃ¤gt Dr. Freislebens Utopie FrÃ¼chte: dass wir nÃ¤mlich durch RÃ¼ckkehr zu unserem menschlichen Kern eine neue, menschlichere Medizin schaffen kÃ¶nnen.

Dieses Buch ist gerade jetzt von groÃ?er 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 kÃ¶nnen direkt Ã¼bertragen werden. Denn wir erleben genau das, was Freisleben diagnostiziert: eine unÃ¼berlegte, 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 unzuverlÃ¤ssig

Eine neue Publikation im British Medical Journal legt offen, dass und wie das Pfizer-Trial, das zur Zulassung des BioNTech-Impfstoffes gefÃ¼hrt hat, kompromittiert war [9]. Paul Thacker, ein investigativer Journalist, berichtet Ã¼ber eine Whistleblowerin, Brook Jackson, die in einem der klinischen Zentren, Ventavia in Texas, gearbeitet hat. Ventavia ist einer der grÃ¶Ã?ten Dienstleister im klinischen Forschungssektor in Texas und war eine der Firmen, die Patienten fÃ¼r die klinische Studie organisierte und deren Daten verwaltete. Das waren zwar â??nurâ?? 1.000 der etwa 53.000 Patienten, aber die berichteten ZustÃ¤nde sprechen BÃ¤nde. Denn Jackson hatte die Firmenleitung wiederholt auf Fehler bei der DurchfÃ¼hrung hingewiesen, mangelnde DatengÃ¼te, 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-RegulierungsbehÃ¶rde, 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 bestÃ¤tigten.

Die FDA, das wissen wir schon lange, wird als BehÃ¶rde 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 sorgfÃ¤ltig Ã¼berprÃ¼ft, und das meistens nur auf dem Papier und nicht in Wirklichkeit. Ventavia, die Firma, um die es hier ging, hatte offenbar groÃ?e Angst, dass ein solches Audit kommen kÃ¶nnte. Die Sorgen waren unnÃ¶tig; denn die FDA hat weder das Personal, noch den Willen genauer hinzusehen.

Â© Prof. Harald Walach

NebenwirkungsfÃ¤lle 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. fÃ¼hrte 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 erschÃ¼ttert. 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 hÃ¤tten, hÃ¤tte auch nur in irgendeiner Form medizinische Hilfe erhalten. Man versuche, diese Effekte abzuwÃ¤lzen, nicht ernst zu nehmen oder zu bagatellisieren. Am Ende liest sie unter TrÃ¤nen den Abschiedsbrief einer Freundin vor, die Autoimmunprobleme bekommen und sich deswegen das Leben genommen hatte. Ausschlaggebend war wohl neben ihrem Leiden die Ohnmacht gegenÃ¼ber dem totalen Verschweigen und den Mauern des politischen Systems in den USA.

Ob es bei uns anders ablÃ¤uft? Ob hierzulande die auf die Impfungen zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden SchÃ¤den als solche anerkannt werden? Oder wird es wieder ein jahrelanger juristischer Kampf wie in anderen FÃ¤llen? Man darf gespannt sein. Ich hatte darauf hingewiesen: hinter vorgehaltener Hand hÃ¶rt man Ã¼ber solche FÃ¤lle. Dr. Freisleben erwÃ¤hnt sie in seinem Interview. Er meldet sie. ErzÃ¤hlt aber auch von einem Fall, den er ans Klinikum Ã¼berwiesen hatte, wo man ihn genau nicht als potenziellen Impfnebenwirkungsfall sah und abwiegelte.

Neulich sprach ich mit einem Kollegen. Der erzÃ¤hlte von einem Arzt, in dessen Praxis eine Ã¤ltere Frau unmittelbar nach einer Impfung tot zusammenbrach. Der Arzt meldete dies nicht als Impfnebenwirkung. Das ist nÃ¤mlich ein groÃ?er Aufwand, kostet Zeit und dummerweise vielleicht sogar die Reputation. Eine andere Kollegin erzÃ¤hlte mir Ã?hnliches: Kollegen, die sehr genau sehen, dass Nebenwirkungen entstehen, diese aber nicht melden. Daher kÃ¶nnen 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 unterschÃ¤tzt 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 TodesfÃ¤lle unter Geimpften als unter Nichtgeimpften in England

Eine Analyse, die Prof. Fenton, ein Mathematiker und Spezialist fÃ¼r Risikoanalysen, an der Queen Mary University in London durchgefÃ¼hrt hat, steht als Vorabpublikation zur VerfÃ¼gung. Er hat die alters-standardisierte MortalitÃ¤t der Geimpften mit der der Ungeimpften verglichen und dafÃ¼r die Ã¶ffentlich verfÃ¼gbaren 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 TodesfÃ¤lle pro 100.000 Einwohner, und zwar unabhÃ¤ngig von der Ursache, in der Gruppe der Ungeimpften niedriger ist (25,3) als in der Gruppe der einmal Geimpften (89,3), aber hÃ¶her als in der Gruppe der zweimal Geimpften (14,7). Die Altersstandardisierung fÃ¼hrt dazu, dass der Effekt eingerechnet wird, dass in GroÃ?britannien mittlerweile ca. 75 % der BevÃ¶lkerung, fÃ¼r die die Impfung zugelassen ist, geimpft sind. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass in den nationalen Statistiken Daten von etwa 10 Millionen BÃ¼rgern fehlen. Die unstandardisierten MortalitÃ¤tsraten sind mit 8,99 (einmal Geimpfte) und 25,5 (zweimal Geimpfte) sehr viel hÃ¶her als fÃ¼r die Ungeimpften (4,57). Die Autoren bemerken, dass die Todesraten durch Covid-19 insgesamt niedrig sind und gerade einmal 1,6 % aller TodesfÃ¤lle ausmachen. Sie sind auch der Meinung, dass die Statistiken nicht zuverlÃ¤ssig sind, weil so viele Daten fehlen und so starke Diskrepanzen auftreten. Die BehÃ¶rden haben bessere Statistiken in drei Wochen versprochen. Man darf also gespannt sein.

Â© Prof. Harald Walach

Und in Deutschland? Die RKI-MortalitÃ¤tszahlen zu Covid-19 TodesfÃ¤llen

Ich wÃ¼rde mir wÃ¼nschen, dass es in Deutschland Ã¤hnliche Statistiken gibt. Das Bundesamt fÃ¼r Statistik hat es noch nicht einmal fertiggebracht, die MortalitÃ¤tszahlen fÃ¼r 2020 zu publizieren, ganz zu schweigen von vorlÃ¤ufigen Zahlen fÃ¼r 2021 und ganz zu schweigen von AufschlÃ¼sselungen 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 MortalitÃ¤tszahlen angesehen, die das RKI zu Covid-19 am 28.10.2021 verÃ¶ffentlicht hat.

Wenn man hier alle FÃ¤lle nach Altersgruppen getrennt Ã¼ber die zwei Jahre 2020 und 2021 grafisch darstellt, dann erhÃ¤lt man folgende Grafik (Abb. 1; ich habe dabei MÃ¤nner 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 enthÃ¤lt Zahlenwerte â??kleiner als 4â??; diese habe ich als 3,99 in die Berechnung aufgenommen; dies hat einen konservativen Effekt):

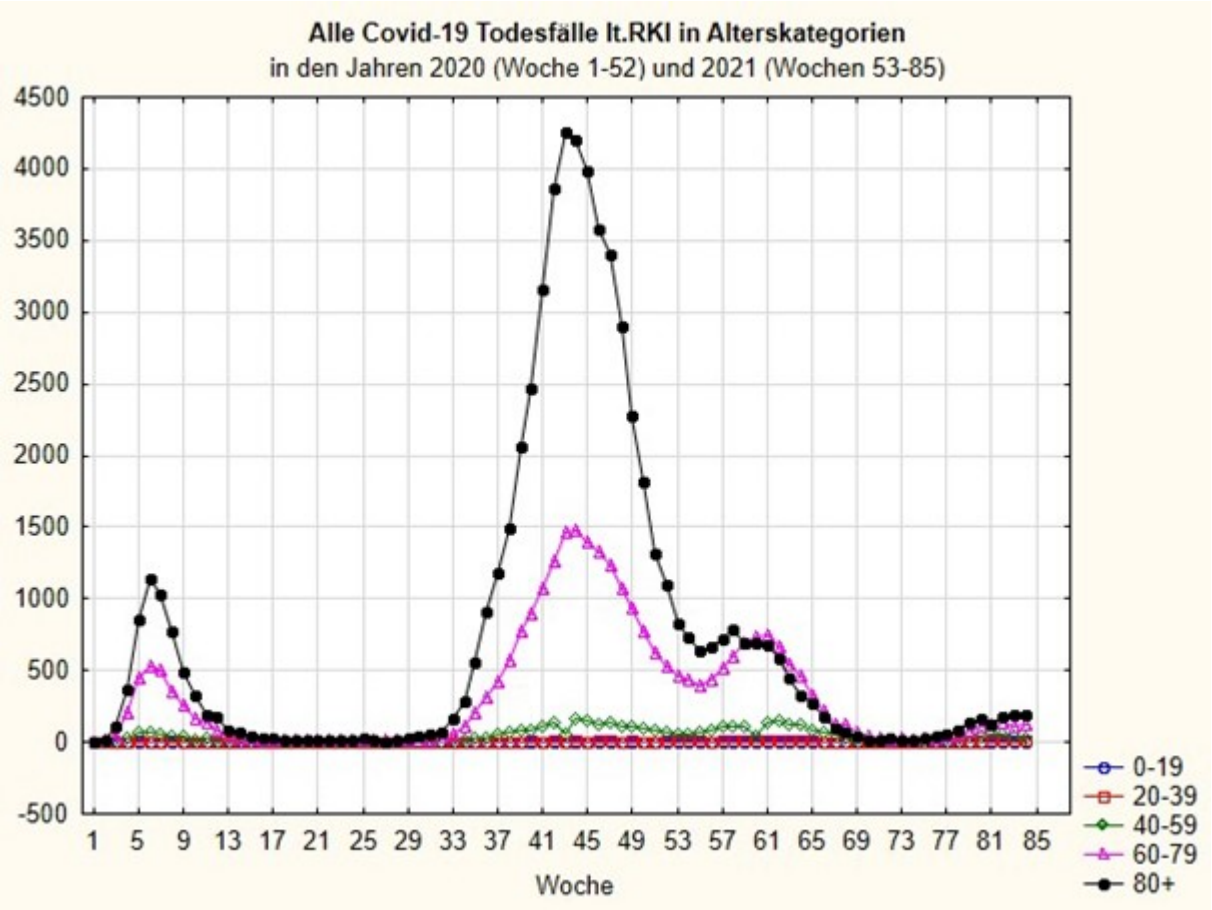

Abbildung 1 â?? Alle Covid-19 TodesfÃ¤lle lt. RKI Ã¼ber die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), aufgeteilt nach Alterskategorien (MÃ¤nner und Frauen zusammengefasst)

Man sieht an dieser Abbildung: gegen Ende des Jahres 2020 gab es einen starken Anstieg der MortalitÃ¤t, vor allem bei den Alten (Ã¼ber 60- und 80-JÃ¤hrigen). Jetzt, gegen Ende 2021 ist eigentlich nicht mal annÃ¤hernd so viel Problematik zu erkennen, wie man dem Mediengeraune entnehmen kÃ¶nnte. Eigentlich sollte ja, wenn die Wirksamkeit der Impfung so gut ist, wie man denkt, der Zauber jetzt endgÃ¼ltig vorbei sein. Wie hat Frau Merkel orakelt? Die Pandemie ist vorbei, wenn eine Impfung gefunden ist. Sie ist gefunden. Sie ist an einen GroÃ?teil der BevÃ¶lkerung vergeben worden. Da die HerdenimmunitÃ¤t fÃ¼r jegliche Infektion 1-1/R betrÃ¤gt und R, die Reproduktionszahl des Virus zwischen 2 und 3 lag, ergibt sich daraus die Notwendigkeit,

Â© Prof. Harald Walach

dass 50-66 % der BevÃ¶lkerung entweder immun oder immunisiert sein muss [11]. Diese Zahl mÃ¼sste mit all den Impfungen und positiven FÃ¤llen, ganz abgesehen von den vergessenen KreuzimmunitÃ¤ten [12-14], lÃ¤ngst erreicht sein. Warum also sehen wir diesen Anstieg? Hat er mit ImpfdurchbrÃ¼chen 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 auflÃ¶st, indem man die Altersgruppen 60-79 und 80+ weglÃ¤sst, erhÃ¤lt man Abbildung 2. Dadurch kann man den Trend bei den JÃ¼ngeren, in diesem Falle der Altersgruppe 40-59, besser verfolgen. Erinnern wir uns: Anfang 2021, also in den Wochen ab 53 setzte die Impfkampagne ein. WÃ¤hrend der Trend bei den ganz Alten (Abb. 1, schwarze Kurve) ab der Woche 58 abfÃ¤llt und bei den 60-79-JÃ¤hrigen ab Woche 61 (Abb. 1, lila Kurve), geht er bei den 40-59-JÃ¤hrigen erst nach Woche 63 nach unten und steigt jetzt bei dieser Altersgruppe wieder an.

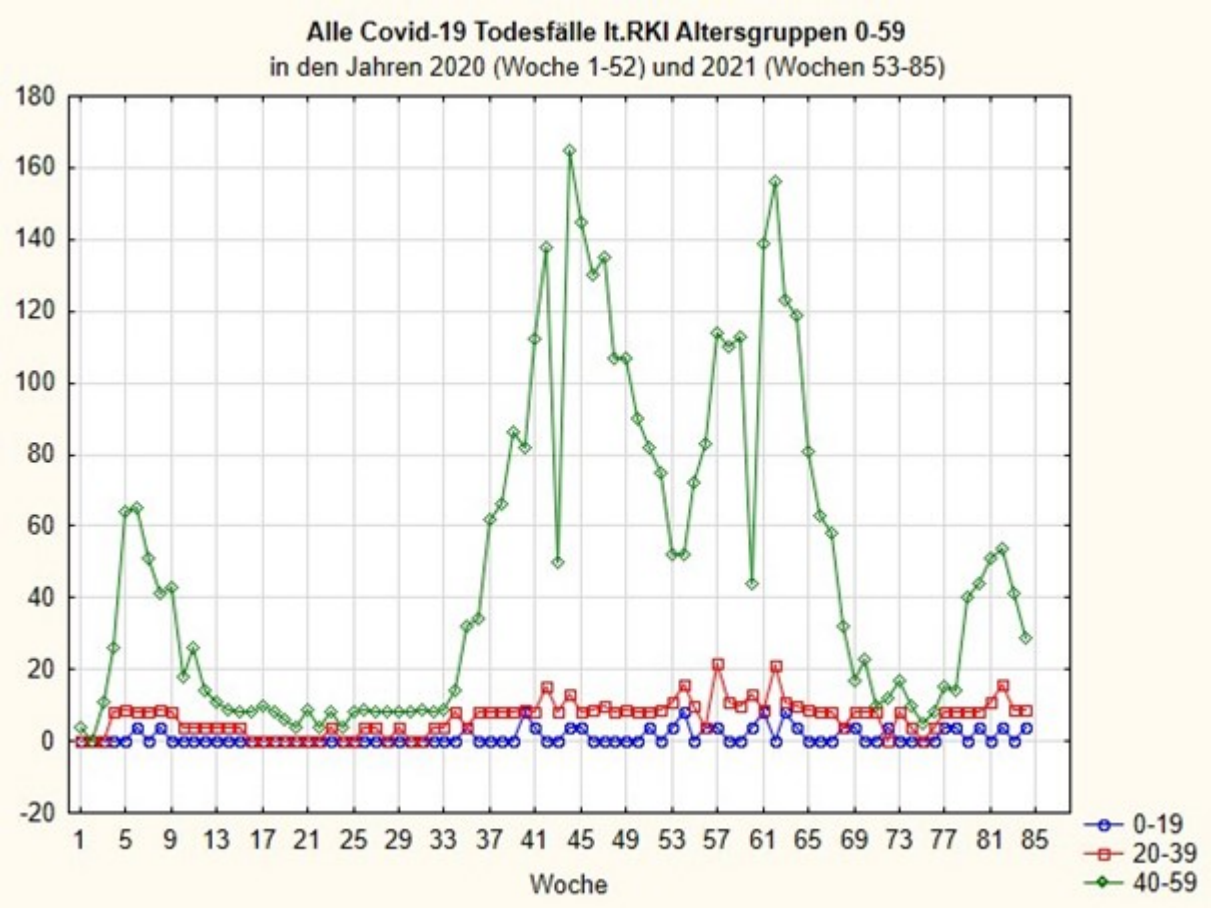

Abbildung 2 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle in den Altersgruppen bis 59 Jahre lt. RKI Ã¼ber die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), MÃ¤nner und Frauen zusammengefasst.

LÃ¶sen wir Abbildung 2 noch weiter auf, um den Trend in den jÃ¼ngsten Alterskategorien besser erfassen zu kÃ¶nnen, dann ergibt sich Abbildung 3. Als Erstes sieht man, dass im Jahr 2020 in diesen jungen Altersklassen sehr wenige Covid-19-Tote waren. Die SprÃ¼nge auf â??4â?? bei den ganz jungen Kindern und Jugendlichen sind Artefakte. Denn hier hat das RKI â??kleiner als 4â?? markiert und ich habe diese Zahl auf 3,99 gesetzt, um die Kurven darstellen zu kÃ¶nnen. Es kÃ¶nnten aber auch eins, zwei oder drei sein. Man sieht also als Erstes: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind dermaÃ?en verschwindend wenig unter den Covid-19-TodesfÃ¤llen, 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 schÃ¼tzt [15-17]. Aber was ich viel bedenklicher finde, ist, dass die Covid-19 MortalitÃ¤t seit Beginn der Impfkampagne in diesen Altersgruppen ansteigt. Wenn man all die HÃ¤ufigkeiten von â??4â?? ignoriert, weil sie mÃ¶glicherweise ein Artefakt darstellen

Â© Prof. Harald Walach

und einfach nur alle Werte Ã¼ber 4 in den Wochen 1-52 visuell mittelt und das gleiche fÃ¼r die Wochen 53 bis 85 tut, dann sieht man sofort: hier stimmt irgendetwas nicht.

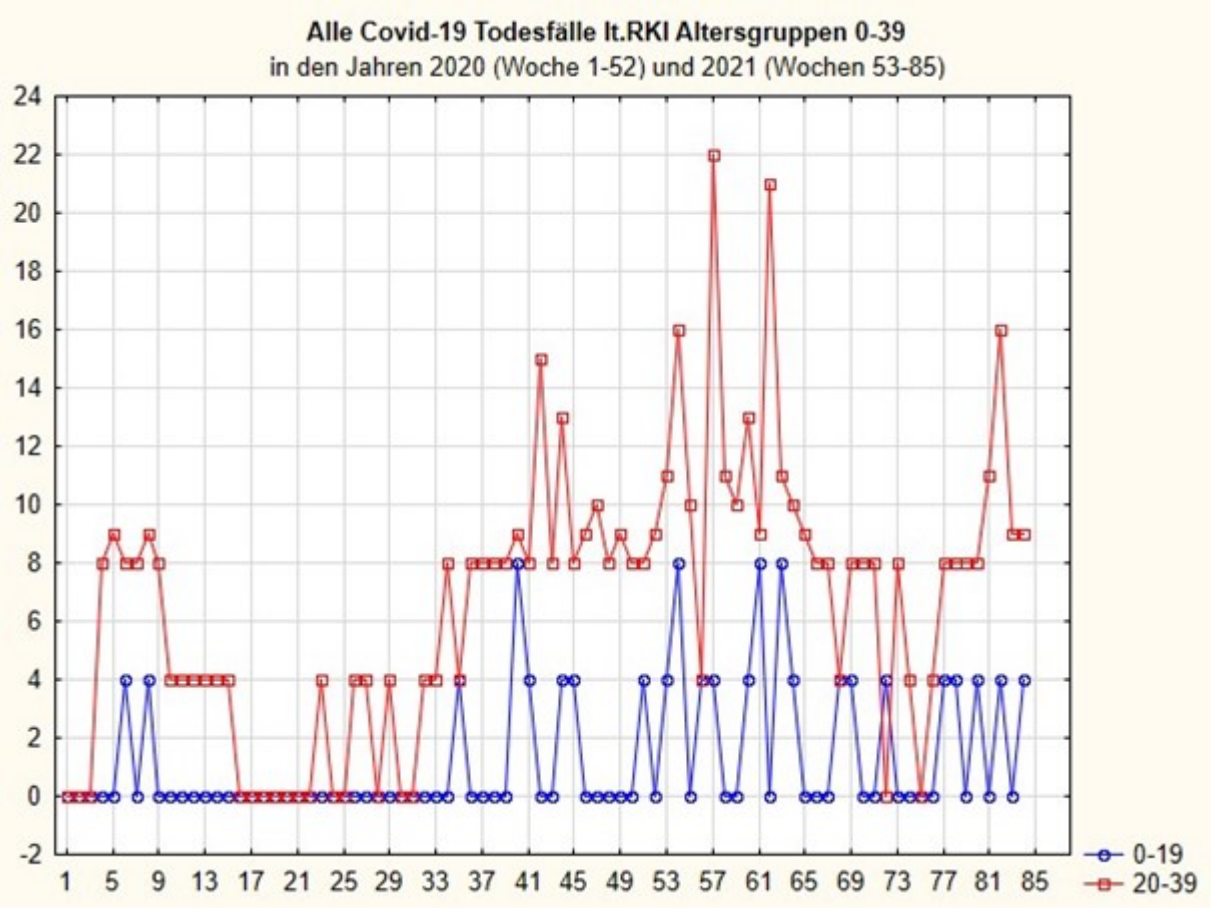

Abbildung 3 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle in den Altersgruppen bis 39 Jahre lt. RKI () Ã¼ber die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), MÃ¤nner und Frauen zusammengefasst.

Denn wÃ¤hrend im Gesamttrend (Abb. 1) die Covid-19-MortalitÃ¤tsraten 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 schÃ¼tzen mÃ¼sste.

Wer seinen Augen nicht traut, kann dies hier anhand der Zusammenfassung Ã¼ber die Jahre 2020 und 2021 fÃ¼r 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 aufgelÃ¶st hat. Hier also die Boxplots in Abbildungen 4 und 5.

Â© Prof. Harald Walach

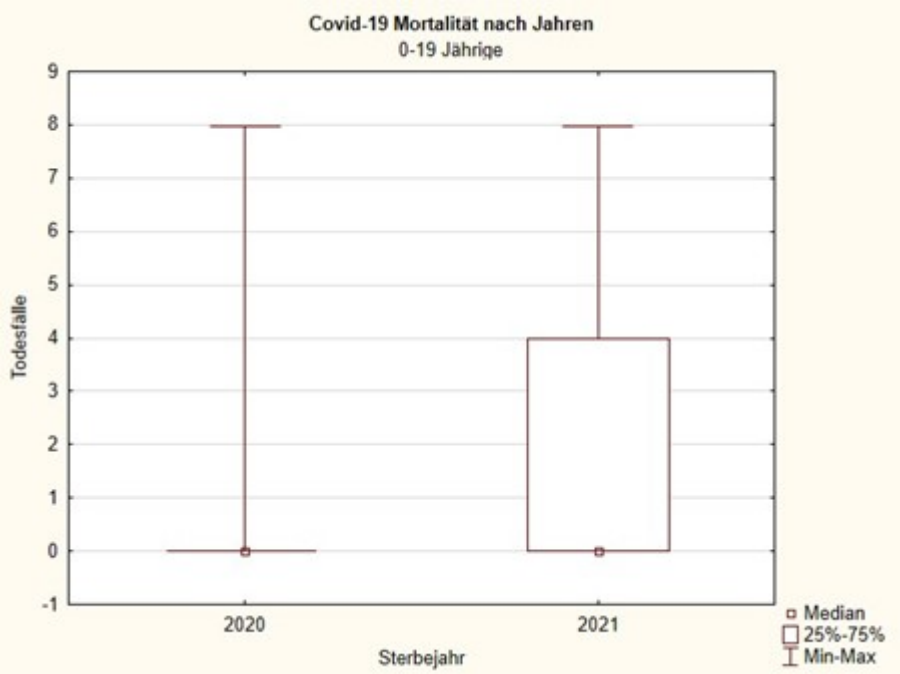

Abbildung 4 â?? Covid-19 Todesfallzahlen der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre lt. RKI Ã¼ber die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), Buben und MÃ¤dchen zusammengefasst.

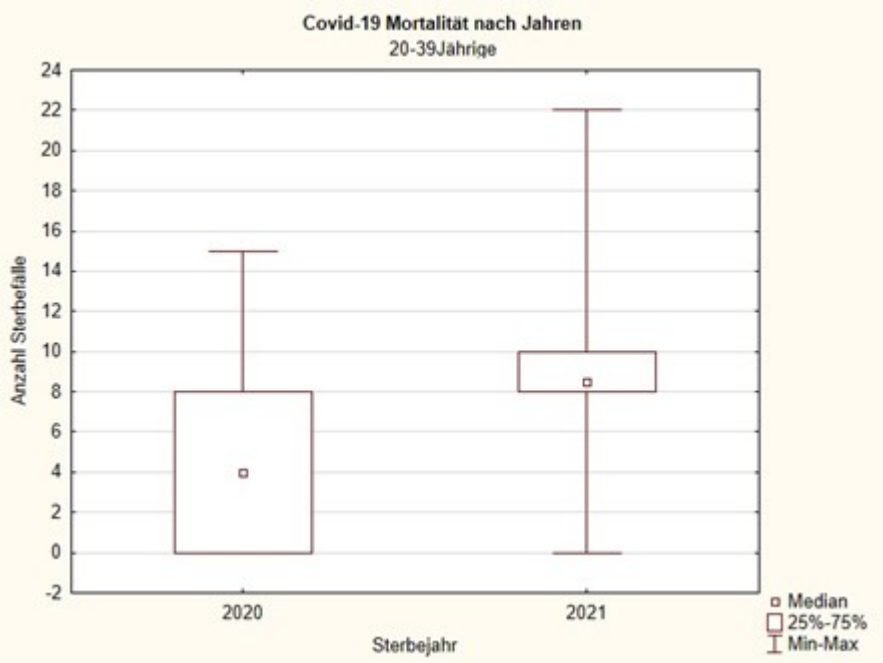

Abbildung 5 â?? Covid-19 Todesfallzahlen der jungen Erwachsenen bis 39 Jahre lt. RKI Ã¼ber die Jahre 2020 (Wochen 1-52) und 2021 (Wochen 53-85), MÃ¤nner und Frauen zusammengefasst.

Ich finde, diese beiden statistischen Grafiken sehen bedenklich aus, zumal wir es im Jahr 2021 nicht mehr mit einer groÃ?en SARS-CoV2 Welle zu tun hatten, jedenfalls bis jetzt nicht. AuÃ?erdem ist das Jahr 2021 noch nicht zu Ende und damit die Datenbasis fÃ¼r diese Zusammenfassung geringer, was ebenfalls einen konservativen Effekt ausÃ¼bt. Die Interpretation, dass sich hinter diesen Zahlen TodesfÃ¤lle verbergen, die direkt oder indirekt mit der SARS-CoV2 Impfung zu tun haben, legt sich nahe. Um dies wirklich mit grÃ¶Ã?erer Sicherheit sagen oder ausschlieÃ?en zu kÃ¶nnen, mÃ¼sste man jetzt genau die altersstandardisierten MortalitÃ¤tszahlen der Jahre zuvor mit denen von 2021 vergleichen und idealerweise eine AufschlÃ¼sselung

Â© Prof. Harald Walach

nach Impfstatus haben. Dann wÃ¼ssten wir es. 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 nÃ¤mlich unverantwortlich. Und die Daten des RKI zeigen dies aus meiner Sicht sehr deutlich.

All das sollte mindestens Grund dafÃ¼r sein, die Denkverbote aufzuheben, die hierzulande herrschen und die dazu fÃ¼hren, dass Geimpftsein gegen SARS-CoV2 gleichgesetzt wird mit â??guter Demokrat und StaatsbÃ¼rgerâ?? und Impfskepsis oder -zÃ¶gerlichkeit mit â??Querdenkereiâ??, die zu Naziverdacht fÃ¼hrt.

Ich wiederhole mich: Eine Covid-19-Erkrankung ist ein Schicksalsschlag; man kann ihn unter UmstÃ¤nden durch einige prÃ¤ventive MaÃ?nahmen â?? etwa einem guten Vitamin-D-Spiegel und gesunder LebensfÃ¼hrung â?? vermeiden bzw. so abschwÃ¤chen, dass er nicht zum Drama ausartet. Eine Impfnebenwirkung aufgrund eines schlecht geprÃ¼ften und durch die Zulassung gepeitschten Impfstoffes ist eine KÃ¶rperverletzung, manchmal mit Todesfolge, die nur durch informiertes EinverstÃ¤ndnis ihre juristische Spitze verliert. Kann jemand bei der derzeitigen Datenlage Ã¼berhaupt ein informiertes EinverstÃ¤ndnis geben? Eigentlich ist der Staat fÃ¼r die Folgen haftbar, der die Zulassung ausgesprochen hat. Der tut im Moment alles, um mÃ¶gliche Probleme nicht zur Kenntnis zu nehmen. Die Firmen haben sich aus der Haftpflicht herausgenommen, indem sie diese auf den Staat abgewÃ¤lzt haben. Das war aus meiner Sicht schlau â?? im Sinne ihrer eigenen wirtschaftlichen Interessen â?? denn sie wussten, dass sie das, was auf sie zukommen wÃ¼rde, nicht abfedern kÃ¶nnten.

Das, was ich schon lange gefordert habe, und was auch Dr. Freisleben in seinem Interview sagt, ist Ã¼berfÃ¤llig: eine sorgfÃ¤ltige, von der Industrie unabhÃ¤ngige und langfristige Beobachtungsstudie an einer groÃ?en 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 Ã¼berschaubare Risiko einer Infektion mit Komplikationen.

Denn: Noch nie in der ganzen Geschichte der Medizin gab es eine Infektion, deren Ã¶ffentlich 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 NachkriegsÃ¤ra mehr unterschiedliche Leute durch Ã¶ffentliche FehleinschÃ¤tzungen 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 islÃ¤ndischer Witz. Ganz einfach: Man steht auf und schaut sich um (weil die BÃ¤ume dort nÃ¤mlich so klein sind). So Ã¤hnlich mÃ¼ssten 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 â?? Should We Rethink the Policy? Science, Public Health Policy, and the Law. 2021;3:87-99. doi: https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5.

Â© Prof. Harald Walach

2. GÃ¸tzsche PC. Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Health Care. London: Radcliff; 2013.
3. Koch AK, Klose P, Dobos G, Cramer H, Langhorst J. Naturheilkunde und komplementÃ¤re Verfahren in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Â«Nicht-spezifischer KreuzschmerzÂ»: Erfahrungen aus der Â«KÃ¶nigsklasseÂ». 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, GÃ¸tzsche 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 fÃ¼r die eigene Gesundheit Ã¼bernehmen. MÃ¼nchen: Knaur Verlag; 2018.
8. Walach H. Weg mit den Pillen! Selbstheilung oder warum wir fÃ¼r unsere Gesundheit Verantwortung Ã¼bernehmen mÃ¼ssen â?? Eine Streitschrift. MÃ¼nchen: Irisiana; 2011.
9. Thacker PD. Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizerâ??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
04.11.2021

Â© Prof. Harald Walach