**Corona-Untersuchungsausschuss – Teil 25 oder 10.1 | Von Jochen Mitschka**

Dieser Artikel ist auch als kostenlose MP3 für Dich verfügbar!

[Download MP3](https://kenfm.de/multimedia_kenfm/podcast/standpunkte-20210114.mp3)

**Majestätsbeleidigung oder notwendige Prüfung?**

*Ein Standpunkt* ***von Jochen Mitschka.***

In der [Corona-Ausschusssitzung Nr. 10](https://youtu.be/jDZgQaqYtrQ) wurde das Thema „*Gefährlichkeit des Virus, Behandlung der Krankheit, Impfen als Ausweg?*“ (1) diskutiert. Hier der erste Teil der Zusammenfassung.

Zunächst wurde auf die Seite [Swiss Policy Research (SPR)](https://swprs.org/) (2) verwiesen, auf der inzwischen unzählige Statistiken, Auswertungen und wissenschaftliche Arbeiten beschrieben wurden, die sich mit dem Thema auseinandersetzen. Dann wurde Dr. Wodarg gebeten, einleitende Worte zum Stand des Wissens über die Gefährlichkeit des Corona-Virus zu erklären.

**Dr. Wolfgang Wodarg**

Dr. Wodarg zeigte zunächst eine Grafik, welche der Spiegel im Jahr 2005 veröffentlicht hatte. Diese zeige zwei Fakten. Zunächst wird dargestellt, dass Grippetote seit dem 2. Weltkrieg immer seltener wurden. Und alle zwei bis drei Jahre gibt es dann doch wieder etwas höhere Ausschläge in den Statistiken. Der letzte höhere Ausschlag war 2017. Damals hatte man die Coronaviren in Deutschland noch nicht untersucht, in anderen Ländern schon. Und in der Grafik von Nicolson et al. Erkennt man, dass Coronaviren doppelt so häufig vorhanden waren wie Influenza-Viren. Bis 2020 hatte man sich aber immer nur um Influenza gekümmert, weil dieses Virus angeblich gefährlich gewesen wäre.

Die Häufigkeit des Nachweises von Coronaviren war jedenfalls schon damals doppelt so hoch wie der Nachweis der Häufigkeit von Influenza-Viren. Andere Viren, wie die Rhinoviren kommen sogar noch häufiger vor als Corona-Viren. Inzwischen kenne man noch einige weitere Viren, die auf dieser Grafik noch als „*unbekannt*“ mit 46% angegeben werden.

Da man wisse, dass 80% der Menschen Antikörper gegen Corona-Viren aufweisen, was selbstverständlich ist, auf Grund der weiten Verbreitung, gäbe es bereits eine Grundimmunität in der Bevölkerung. Durch Untersuchung von Blutkonserven hat man diese Herdenimmunität neuerdings auf ca. 80% festgestellt, was sich mit internationalen Studien deckt. Das heißt, so Dr. Wodarg, dass Coronaviren zu einer zellulären Immunität führen würden, die T-Zellen erinnern sich an diese Viren, und sind zur Abwehr vorbereitet.

Die Testergebnisse hätten absolut nichts mit dieser Erkenntnis gemein. In vorherigen Sitzungen wäre schon klar gemacht worden, dass die Testergebnisse nichts über Infektionen aussagen, sondern nur, dass man minimalste Bruchstücke von Viren im Körper finden kann. Solche Tests hatte man in den vorhergehenden Jahren nie gemacht. Deshalb gibt es keine Vergleichsmöglichkeiten, wie die Testergebnisse in früheren Jahren ausgesehen hätten.

Da in anderen Ländern die unterschiedlichen Viren besser untersucht wurden, zeigte Dr. Wodarg dann noch eine Grafik über die „*Relative Virusprävalenz bei ARE in Glasgow (UK) 2005 to 2013*„. Darin kann man erkennen, welche Viren welche Rolle in welcher Grippewelle gespielt hatten. Außerdem erkenne man, welche Rolle die Corona-Viren im Laufe der Jahre bereits gespielt hatten. Während der Grippesaison waren Corona-Viren immer im Mix der Viren vorhanden. Und immer, wenn eine Virusart unterdrückt wurde, wurde sein Platz durch ein anderes Virus ausgefüllt.

Die Viren, die man in Wuhan gefunden hat, wären zwar neuartige Viren, aber es treten jedes Jahr neuartige Corona-Viren auf. Jedes Jahr müssen sich die Viren verändern, um nicht durch die Immunsysteme zum vollkommenen Verschwinden gebracht zu werden, und auch die Wuhan-Viren haben sich inzwischen mehrfach verändert. Das menschliche Immunsystem verfüge jedoch über eine Kreuzimmunität. Alles was ähnlich zu Corona-Viren ist, wird von den T-Zellen erkannt und bekämpft.

Dr. Wodarg wies dann am Beispiel vom Jahr 2009 noch einmal darauf hin, dass die vergleichende Darstellung des Vorhandenseins von Viren auch immer davon abhänge, wonach man verstärkt sucht. Im Jahr 2009 wäre es Influenza gewesen, weil die Schweinegrippe darauf basierte, weshalb in den Statistiken nun scheinbar Influenza-Viren im Jahr 2009 wesentlich stärker verbreitet schienen als andere Viren. Man müsse eigentlich immer mit den gleichen Methoden und in der gleichen Population untersuchen. Das würden aber nur wenige Beobachtungsstellen wirklich realisieren.

Bis zum Jahr 2020 hätte das Robert Koch Institut die Corona-Viren weitgehend unbeachtet gelassen. Was zeige, wie gering man die Gefährlichkeit dieser Viren einschätzte. Dass die Influenza-Viren bis dahin so im Vordergrund standen, hätte etwas mit wirtschaftlichen Interessen zu tun. Die Impfindustrie möchte natürlich jedes Jahr einen Influenza-Impfstoff verkaufen, der möglichst wirksam ist, und kooperieren eng mit den staatlichen Behörden, erklärte Dr. Wodarg.

Die Coronaviren waren schon immer Grippe-Saisonviren, was auch aus einer Grafik des Robert Koch Institutes, die gezeigt wurde, [„*Ansturm auf Arztpraxen (wegen Lockdown?) in diesem Winter…*„] hervorgehe. Die Grafik zeigt den Besuch bei niedergelassenen Ärzten wegen akuten Atemwegserkrankungen. Was auffällt, so Dr. Wodarg, ist, dass die Zacke im Jahr 2020 wesentlich schmaler ist, als im Vorjahr. Sonst betrug die Länge der erhöhten Arztbesuche ca. 18 Wochen nach Jahreswechsel, im Jahr 2020 waren es jedoch nur 12 Wochen. Plötzlich waren die Menschen nicht mehr zum Arzt gegangen.

Das hätte etwas mit dem Lockdown zu tun, meint er. Nicht nur die Arztbesuche wegen Asthma, Herzproblemen, Krebs, Schmerzen, Depressionen oder anderen Erkrankungen wären drastisch reduziert worden, sondern auch Arztkonsultationen wegen Atemwegserkrankungen. Das hat und wird sich natürlich auch auf die folgende Erkrankung der Menschen auswirken. Dabei sollte man auch darauf hinweisen, dass die kurzzeitige Übersterblichkeit, die man in Statistiken erkenne, mit dem Zeitpunkt des Abbruchs der Arztbesuche übereinstimme.

Aus dem Ausschuss wurde dann gefragt, ob es abgesehen von Bergamo und New York, wozu man bereits ausführlich im Ausschuss Informationen gehört hatte, rationale Erklärungen dafür gäbe, dass das „*neue*“ Virus gefährlicher, tödlicher wäre, als die vorhergehenden.

Dr. Wodarg wies darauf hin, dass man in der Vergangenheit eben die Influenza-Viren beobachtet hätte, und ziemlich genau jene Beobachtungen gemacht hätte, welche man nun über die Corona-Viren macht, während die Influenza-Viren plötzlich uninteressant geworden wären. Auch bei Influenza fand man dauerhafte Organschäden, nicht bei vielen, aber bei einigen Erkrankten. Nicht immer wäre eindeutig gewesen, welcher Erreger für die Organschäden wirklich verantwortlich war, auch weil sehr häufig mehrere Viren gleichzeitig aktiv sind. Untersuchungen aus der Pädiatrie würden zeigen, dass Corona-Viren in ca. 50% der Fälle mit anderen Viren vergesellschaftet sind.

Es gäbe keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die valide die Gefährlichkeit der unterschiedlichen Virenarten beschreiben. **Und es wären nicht die Viren, welche die größte Gefahr für den menschlichen Organismus darstellen würden. Gefährlich wäre die Reaktion des Wirtes, des erkrankten Menschen. Ähnlich wie bei einer Allergie komme es zu einer Überreaktion des Immunsystems**.

„*Es gibt Abwehrprozesse gegen die Viren, die gesteuert sind, d.h. da kommen bestimmte Zellen, die fangen an die Viren zu erkennen, die geben eine Botschaft an andere Zellen weiter, diese Zellen produzieren Antikörper, und geben wieder an andere Zellen weiter, die fressen dann diese geschädigten Zellen auf, räumen sie ab, also das ist so ähnlich wie wenn man einen Großbrand hat, (…) da arbeiten Feuerwehr, Polizei, Ordnungsamt, die arbeiten zusammen, und wenn die nicht vernünftig zusammen arbeiten, ist das Riesen-Chaos da.*„

Wenn in unserem Körper diese Zellen nicht vernünftig kooperieren, können wir sehr krank werden, ja auch sterben, ist die Aussage von Dr. Wodarg. Das könne zum Beispiel passieren, wenn das Immunsystem durch bestimmte Medikamente beeinflusst wird. Oder wenn wir unser Immungedächtnis vergessen, besonders im Alter. Menschen könnten im Alter „*immundement*“ werden.

Immer in einer Grippewelle müsse man die Menschen schützen, welche eine Schwäche des Immunsystems haben. Die anderen Menschen aber trainieren lediglich ihr Immunsystem durch die Auseinandersetzung mit Viren und anderen Erregern, die muss man nicht besonders schützen. Sie erhalten durch die Auseinandersetzung ein „*immunologisches Fitnesstraining*„. Als Erkrankter müsse man sich dann schonen, nicht in die Schule oder das Büro gehen, aber das wäre banal, und das gelte für alle Viren.

„*Wir müssen dafür sorgen, dass wenn wir Symptome merken, und wir sind diejenigen, die als Erste sagen können, ‚da ist was‘ … wenn nur irgendwelche Molekülfragmente rumliegen, merken wir nichts, dann sind wir auch nicht ansteckend … aber wenn wir merken, Kratzen im Hals, oder meine Nase läuft plötzlich, dann weiß ich ‚oh, da vermehren sich Viren‘. Wenn sich Viren vermehren, können sie auch weitergegeben werden.*“ Dann müsse man sich isolieren, um andere nicht anzustecken. Der „*alltägliche*“ Mund-Nasen-Schutz biete dann keinen wirklichen Schutz für Andere.

Dr. Füllmich erklärte dann, dass sich nun zwei „*Schulen*“ gegenüberstehen würden. Die eine behauptet, dass wir unbedingt eine Impfung benötigen, um die „*Viruspandemie*“ zu überleben, die andere sagt, man könne sich auf das Immunsystem stützen, und müsse nur diejenigen schützen, welche dieses Immunsystem nur noch in geschwächter Form haben.

Dr. Wodarg wies darauf hin, dass es Erfahrungen aus den Impfungen gegen Influenza gäbe, die man nun eigentlich auf Corona anwenden sollte. Da gäbe es eine klare Beobachtung darüber, dass wenn man Menschen gegen eine Virusart impft, werden sie zum großen Teil immun gegen dieses Virus, aber ein anderes Virus übernimmt den freien Platz. Und wir erkranken häufiger an anderen Viren, wenn eine Art durch die Impfung behindert wird. Dazu gäbe es mehrere eindeutige klinische Studien.

Auf die Frage aus dem Ausschuss, ob das Immunsystem nicht durch die Abstandsregeln und den Mundschutz aufhören würde, trainiert zu werden, und wir daher früher „*immundement*“ würden, antwortete Dr. Wodarg, dass die Abstandsregeln im Alltag sowieso nicht einhaltbar wären, und der Mundschutz gegen Viren keinen Schutz bieten würde. Dass diese Sorge also unbegründet wäre. Wenn man natürlich Menschen zu Hause vollkommen von anderen Menschen isoliere, sie einsperre, dann würde allerdings ihr Immuntraining wegfallen, dann hätte das auch Einfluss auf ihre Immunität. „*Jeder Infekt, den wir durchmachen, wirkt wie eine Impfung*„.

Vom ersten Kontakt mit dem Erreger, bis zum Ausbruch erster Symptome, also während der Inkubationszeit, so Wodarg, könne man die Viren nicht an andere Menschen weiter verteilen. Nur wenn man selbst infiziert ist, also Symptome hat, könne man eine Quelle für Infektionen sein.

Dr. Wodarg zeigte dann noch einmal eine Grafik des Robert Koch Instituts, die endet, als die Grippewelle Ende März 2020 zu Ende ging. Darin werden Anzahl der Arztbesuche und die verschiedenen, gefundenen Viren aufgeführt. Coronaviren wurden erst Ende März in diese Untersuchung mit aufgenommen. In diesen Arztpraxen, welche bei dem Sentinel-Projekt der Beobachtung von Atemwegserkrankungen durch Viren mitarbeiten, hatte man dann in weniger als 20 Proben Corona gefunden. Das wäre der Beweis, dass die Corona-Viren in der letzten Grippewelle bis März 2020 praktisch nur eine untergeordnete Rolle gespielt hätten.

Dr. Wodarg wies ausdrücklich darauf hin, dass Impfungen dann notwendig werden, wenn der Körper keine Möglichkeit hat, sich gegen den Erreger zu trainieren. Was aber bei den jährlich wiederkehrenden Viren, die für Atemwegserkrankungen zuständig sind, nicht der Fall wäre.

Dann zeigte Dr. Wodarg die Ergebnisse einer Studie von mehreren, welche nachwiesen, dass beim Unterdrücken eines Virus, ein anderes Pathogen seinen Platz einnimmt. („*Kampf um Mehrheiten im Virubiom*„) Es gäbe keine evidenzbasierte Aussage über die Wirkung von Impfstoffen gegen Viren in Bezug auf Atemwegserkrankungen in der Zukunft. Aber es wäre ein gutes Geschäftsmodell.

Auf Nachfrage erläuterte Dr. Wodarg dann die Unterschiede zwischen herkömmlicher Herstellung von Impfstoffen durch Bebrütung von Eiern und anderen Technologien [noch nicht mRNA], sowie die unterschiedlichen, damit verbundenen Risiken. In den risikobehafteten Technologien, müssten Beobachtungszeiten von 5-6 Jahre angesetzt werden, um sicher zu gehen, dass keine Karzinogenität auftritt.

Bei unkomplizierten Technologien, so Wodarg, müsse man mindestens 1-2 Jahre als Beobachtungszeitraum, selbst in dringenden Fällen, einkalkulieren. Bei Technologien, welche neu sind, bei denen noch keine Informationen über mögliche Spätwirkungen vorliegen, dauere es aber viel länger, bis man eindeutige Ergebnisse über die Sicherheit erheben könne.

Was man derzeit erlebe, wäre aber nicht die Verabreichung von Impfstoffen. Impfstoffe sind Antigene, gegen die der Körper Antikörper produziert. Jetzt erhält man aber keine Antikörper, sondern eine Messenger RNA, also ein Molekül, welches normalerweise in der Kommunikation innerhalb der Zelle dafür sorgt, dass bestimmte Proteine in der Zelle gebildet werden. Wenn man diese RNA zugeführt bekommt, die man sehr preiswert produzieren kann, dann wird die durch irgendwelche anderen, aber unbedenklichen Viren oder andere Verfahren in eine menschliche Zelle eingeschleust, aber es ist unbekannt, in welche Zellen das eingeführt wird.

Nun entstehe das erste Risiko, nämlich dass die Immunabwehr erkennt, dass sich Zellen verändert haben, und es könne sein, dass diese Zellen durch das Immunsystem abgetötet werden. Wenn nun also diese RNA in die Leber oder das Gehirn eindringen, dann könnte passieren, dass unser Immunsystem dagegen vorgeht.

Wenn die RNA nun die befallenen Zellen aber, im Prinzip gentechnologisch, umprogrammiert haben, ohne, dass sie vom Immunsystem vernichtet wurden, werden diese Zellen vermutlich das Eiweiß produzieren, welches auch von den Viren produziert wird. Diese Antigene, die uns also normalerweise von außen zugeführt werden würde, wir aber nun selbst produziert haben, werden dann exprimiert, also ausgeschieden, und das erkennt der Körper und bildete dagegen Antikörper. Unser Körper ist also nun ein Bioreaktor für Antigene. Theoretisch ist dies möglich, aber die Risiken wären derzeit noch nicht einschätzbar.

Es gäbe ungeklärte Fragen, was die genetischen Prozesse innerhalb der Zellen angeht, und es ist unbekannt, welche Zellen denn betroffen werden, und wie unser Immunsystem auf das Eindringen unter unterschiedlichen Bedingungen reagiert.

Dann wurde der nächste Gast zugeschaltet. Dr. Reuter ist ein ehemaliger Chefarzt, der über die Behandlung von Atemwegserkrankungen durch Coronaviren berichtete.

**Dr. Gerd Reuther**

Dr. Reuter erklärte, dass man sich frühzeitig darauf konzentriert hätte, dass man eine Atemwegsviruserkrankung unbedingt behandeln muss. Dabei wisse man seit vielen Jahrzehnten, dass es keine zielführende Behandlung bei Atemwegsinfekten gäbe, und dass Behandlungen häufig genug schädliche Wirkungen gehabt hätten. Was man am Anfang gesehen hätte, mit der extrem hohen Sterblichkeit von 80 bis 90% von Patienten in der Intensivbehandlung, die ja jetzt auf 20-30% reduziert wurden, zeige, dass am Anfang offensichtlich viele Behandlungsfehler gemacht wurden.

Dr. Reuter ist der Meinung, dass mindestens jeder zweite Patient auf der Intensivstation nicht durch das Virus, sondern die Behandlung gestorben wäre. Das könne man sich leicht erklären, wenn man betrachte, was dort gemacht wurde. Da hätte es zum Beispiel eine extrem frühzeitige, sehr aggressive Überdruckbeatmung gegeben. Man betrachtete nicht den Gesamtzustand des Patienten, sondern fokussierte sich auf die Sauerstoffsättigung. Wenn die einen bestimmten Wert unterschritten hatte, dann wurde sofort behandelt. Andere Mediziner, die an dieser Stelle nicht beatmet haben, berichteten, keinen einzigen Patienten verloren zu haben.

Dann wurden Cocktails von Antibiotika gegeben, welche schwerste Nebenwirkungen mit sich bringen, ergänzte Dr. Reuter seine Kritik. Bei alten Menschen, die sowieso eine viel schlechtere Pharmatoleranz hätten, als junge Menschen, und schon mit fünf bis zehn Medikamenten als Dauermedikation behandelt wurden, und dann noch eine antivirale Substanz bekommen, das wären Medikamentencocktails, die selbst für junge Menschen schwer zu verkraften wären. Man könne sich vorstellen, dass dies bei alten Menschen nichts anderes tat, als das Ableben der Menschen zu beschleunigen.

Auf Nachfrage erklärte Dr. Reuter, dass Sauerstoff nicht immer gesund wäre. Man hätte zum Beispiel bei Frühgeborenen beobachtet, dass wenn man Sauerstoff gab, sie erblindeten. Es gäbe auch Vergleichsuntersuchungen, dass Notfallpatienten mit Verdacht auf Herzinfarkt oder Schlaganfall, die man frühzeitig mit Sauerstoff hochdosiert versorgt hatte, eine schlechtere Überlebensrate gehabt hätten, als andere. Der menschliche Körper wäre auf 20% Sauerstoff in der Atemluft eingestellt. Mehr wäre immer auch ein Problem, da Sauerstoff auch eine gewisse Toxizität hätte. Hinzu kämen dann die Überdruckbedingungen.

Überdruckbeatmung wäre vollkommen unphysiologisch. Intubation und Überdruckbeatmung hätte sich etabliert, statt eines Unterdrucks der „Eisernen Lunge“ wie sie es ja früher experimentell gegeben hätte. Das wäre zwar praktikabler, aber wenn man dann versucht, den Sauerstoffgehalt immer weiter durch Druckerhöhung zu erhöhen, kann es eigentlich nur zu Schädigungen kommen. Und wenn ich dann die Beatmung nicht nur über Stunden während einer Operation, sondern über Tage oder Wochen fortführe, müsse man klar sehen, dass dafür die Lunge nicht geeignet ist, insbesondere nicht beim alten Menschen.

Dann hätte sich gezeigt, dass es zu Gefäßverschlüssen in den kleinen Blutgefäßen gekommen wäre, wobei fälschlicherweise kommuniziert worden wäre, dass dies etwas Spezifisches für Covid wäre. Was aber nicht der Fall ist. Das gäbe es bei allen Atemwegserkrankungen. 1970 hätte es der Pathologe Otto Haferkampf schon publiziert, dass dies auch bei Influenza gefunden wurde. Wenn man häufiger Obduktionen nach Atemwegserkrankungen ohne Corona machen würde, könnte man das auch heute häufiger finden.

Außerdem wäre bei den Covid-Obduktionen nie untersucht worden, ob die beobachteten Veränderungen auf Covid oder auf Behandlungsfolgen zurückzuführen waren. Da wäre die Ärzteschaft traditionell ziemlich verblindet, erklärte er mit Hinweis darauf, dass Obduktionen diesen Aspekt nicht berücksichtigt hatten.

Kein Patient, der schwer krank wird und verstirbt, würde unbehandelt versterben. **Deshalb müsste man immer die Frage stellen, was denn eigentlich die Behandlung versuchte, und was die Erkrankung. Spätestens nach einigen Tagen Intensivbehandlung im Krankenhaus sind Schädigungen beim Patienten eine wahrscheinliche Hypothese, die verfolgt werden müsste.** Die Behandlung müsste man natürlich bei einer Obduktion gezielt abfragen, und sich anschauen, ob die Veränderungen, die man bei der Obduktion beobachtet, auch ein Therapieeffekt sein könnte. Gerade bei einer so aggressiven Beatmung und Behandlung mit vielen Medikamenten passe Einiges ins Bild, insbesondere auch die Thrombosen zum Beispiel.

Auf die Frage, warum man denn mit aggressiver Beatmung Patienten behandle, wenn die schädliche Wirkung bekannt wäre, antwortete Dr. Reuter, dass dies dem Druck auf die Ärzte geschuldet wäre, der sie quasi zwinge etwas zu unternehmen, um dem Patienten zu helfen. Patienten wären unzufrieden, wenn Ärzte ihnen antworteten, dass es besser wäre, in bestimmten Situationen nichts zu unternehmen, was von anderen als Stand der Technik verbreitet wird. Und so würden Ärzte es nicht wagen, einen Patienten ohne aggressive Behandlung zu belassen. Hinzu komme, dass viele Ärzte mehr auf die Laborwerte schauen würden als auf den Patienten selbst.

„*Ich schaue auf Blutwerte, bekomme die rot markiert als Alarmfaktor und dann muss ich eben was tun. Ich muss diesen Wert korrigieren. Dass dies auch wieder nur ein Symptom ist, und dass man nicht alle Symptome einfach korrigieren soll, das hat sich in der Ärzteschaft bisher noch nicht richtig verbreitet*.“

Das wäre ähnlich wie mit dem Senken von Fieber. Da käme jemand mit 39,5 oder 40°C Fieber, dann müsse das Fieber gesenkt werden. Dabei ist das Fieber eine Heilungsreaktion. Und so sollte man wissen, dass ein absinkender Sauerstoffdruck im Blut etwas ist, was der Körper vielleicht bewusst so mache. Die Ärzte, welche konservativ geblieben wären, hätten den Sauerstoffpartialdruck bis auf 70 absinken lassen, und die Patienten hätten sich wieder erholt.

Es gäbe ganz einfach Heilungsreflexe, da falle jemand aus den Normalwerten heraus, aber das würde nicht in das pharmakologische Bild passen, was die Ärzte als Standard erlernt hätten. Sie lernen, dass agiert werden müsste, sobald eine Abweichung von den Normalwerten beobachtet wird. Hinzu käme, dass Ärzte juristisch unter Druck stehen würden, wenn sie diesem Standard nicht folgen würden. Dagegen würden Ärzte nur ganz selten juristisch verfolgt werden, wenn sie zu viel therapiert hätten, und durch ihre Maßnahmen den Patienten getötet hatten.

Schließlich wies Dr. Reuter darauf hin, dass Vertreter jener Länder, die einst sehr stolz über ihre Intensivmedizin berichtet hatten, nun sehr zurückhaltend über den Einsatz in einer möglichen zweiten Welle in ihren Aussagen wären. Sie wären jetzt „*besser vorbereitet*„, sollte es eine zweite Welle geben. Was nichts anderes wäre als das Eingeständnis, dass die extensive Intensivbehandlung in der ersten Welle schief gegangen war.

Auf Nachfrage, was bei der Intensivbehandlung eines Covid-Patienten im Menschen passiere, erläuterte Dr. Reuter, dass die Überdruckbehandlung ein unphysiologisches Konzept für die Lunge wäre. Die Lunge ist eine sehr empfindliche Struktur, welche passiv durch den Unterdruck zwischen Brustwand und Lunge ausgedehnt wird, nicht aber durch den eintretenden Luftstrom. Ein gesunder Mensch bei vollem Bewusstsein könne nicht lange aushalten, wenn er Luft in die Lunge geblasen bekommt.

Man brauche Beatmungsgeräte für eine Operation. Und es gibt bestimmte Fälle, in denen man einen Patienten, der sonst versterben würde, beatmen müsse. Aber gerade bei alten Menschen macht es ansonsten wenig Sinn. Es wäre allgemein bekannt, dass Menschen, wenn sie über 80 Jahre alt sind, wahrscheinlich von der Beatmungsmaschine nicht mehr wegkommen werden.

Die Dauerschäden, die in diesem Zusammenhang entstanden wären, wie Niereninsuffizienz, Demenzen, darüber würde auch niemand reden. Und viele, welche zwar überlebten, wären nicht begeistert darüber, mit diesen Leiden überlebt zu haben. Die Schäden wären durch die Gesamtbehandlung entstanden. Man könne nur jemand beatmen, wenn man ihn tief sediere, und relaxiere. Man muss Medikamente geben, welche die Atemmuskulatur ausschalten und den Menschen in ein tiefes Koma versetzen, weil er sonst die Beatmung nicht toleriert. Und diese tief eingreifenden Medikamente kommen dann noch zu der vorherigen Therapie hinzu.

Die meist verwendeten Opiate haben jede Menge Nebenwirkungen, und im Cocktail mit den vielen anderen Substanzen entsteht eine extreme Menge an Stoffen, die der Körper erst wieder ausscheiden muss, von denen er sich erst wieder entgiften muss. Ein alter Mensch über 80 Jahre hat aber nur noch etwa die Hälfte der Nierenleistung eines 35-40 jährigen Menschen.

**Vorschau:**

In der nächsten Zusammenfassung wird über die weitere Aussage von Dr. Reuter berichtet, seine Befragung abgeschlossen.

Die Internetseite des Ausschusses: [www.corona-ausschuss.de](https://corona-ausschuss.de/)

**Quellen:**

1. <https://youtu.be/jDZgQaqYtrQ>
2. <https://swprs.org/>

*+++*

*Danke an den Autoren für das Recht zur Veröffentlichung.*