

## Covid-19 Einmaligkeiten

von

Karla Lehmann

Dresden, am 26.5.2021

Die Bekämpfung neuartiger Infektionserreger war und ist eine komplexe Herausforderung. Während ärztliche Erfahrungen und ärztliches Handeln zur erfolgreichen Bewältigung zurückliegender Epi-oder Pandemien ausreichten, wurde im Fall von Covid-19 davon abgewichen. Andere Akteure, einer verborgenen Agenda folgend, übernahmen die Regie mit der Konsequenz, daß das Erkrankungsbild fehlinterpretiert wurde und darauf gründend zum Teil absurde Maßnahmen mit fatalen Folgen für Gesellschaft und Wirtschaft Fuß faßten. Geschickt gelang es, die mediale Aufmerksamkeit ausschließlich auf die Folgen der selbstverursachten Krise und seit Monaten zunehmend auf Impfstoffbeschaffung bzw. das Impf-Management zu lancieren.

### 1. Zur Covid-19 Erkrankung

Bisher einmalig in der Geschichte der Medizin ist es, daß eine ansteckende Erkrankung auf Grund realitätsferner Laborwerte-Häufigkeiten charakterisiert wird. Sehr schnell stellte sich heraus, wie suggestiv Schwarz auf Weiß gedruckte, „laborbestätigte Fälle“, mathematische Extrapolationen und einige wenige drastische Einzelbilder wirkten und in der Lage sind, Angst und Schrecken vor dem vermeintlichen „Killer Virus“ zu nähren. Nach der relevanten Zahl der tatsächlich symptomatisch Erkrankten fragte kaum jemand und so verschwand sie allmählich gänzlich aus dem Blickfeld.

Einmalig ist, daß eine objektive Bewertung des globalen Krankheitsbildes Covid-19 sowie seiner Abschwächung im Lauf der Zeit bisher unterblieb. Obwohl die Infektion mit SARS-CoV-2 wegen der Funktionsstörung seines Rezeptor-Enzyms ACE2 heimtückischer als eine Grippe ist, läßt sich nicht leugnen, daß diese Infektionskrankheit in Deutschland in den meisten Fällen überwiegend leicht bis mittelschwer verläuft. Bei einem beachtlichen Teil geht sie sogar völlig unbemerkt vorüber. Neueste Erhebungen bestätigen, daß die Kontagiosität höchstens als mäßig eingeschätzt werden kann (nur ca. jeder Zehnte wurde nach Kontakt mit Corona-Positiven auch positiv getestet und nur ca. jeder Zwanzigste des Pflegepersonals, Sächsisches SARS-CoV2 Sentinel 2020/2021; unter Bahnangestellten mit unzähligen Kontakten traten weniger Infektionen auf als in der normalen Bevölkerung!). Ohne die Existenz schwer verlaufender und tödlich ausgehender Fälle klein reden zu wollen, handelt es sich bei Covid-19 nicht um eine „todbringende Erkrankung“ oder ein pandemisches „Großschadensereignis“ (nach RKI-Definition: „*bei dem das übliche Management des Infektionsschutzes im ÖGD überfordert ist und zusätzlich Strukturen des Krisen- und Katastrophenmanagements genutzt werden müssen*“). Diese Attribution früher grassierender Epidemien verdient Covid-19 nicht. Inzwischen hat sich das Krankheitsbild trotz drastischer „Fallzahl“-Zunahme in den Wintermonaten gegenüber der Frühjahresepidemie 2020 abgeschwächt. Das belegen niedrigere Hospitalisierungs- und Verstorbenen-Quoten sowie eine sich abschwächende Symptomatik. Zur flächendeckenden Überlastung der Krankenhäuser kam es zu keinem Zeitpunkt, das Corona-Notfall-Krankenhaus in Berlin blieb gänzlich ungenutzt. Obwohl des Berichtens wert, nimmt sich kaum jemand dieser ermutigenden und situations-entspannenden Tatsachen an. Niederschlag hätte das zumindest in dem für den 31.3.2021 (laut IfSG § 4 (1a)) anberaumten, dem deutschen Bundestag vorzulegenden Bericht des BMG finden müssen. Doch dieser fehlt und keiner merkt's! Will oder kann man die Situation nicht objektiv einschätzen, die die Grundlage für die Beendigung der „*epidemischen Lage von nationaler Tragweite*“ ist

einschließlich ihrer Lockdown-Konsequenzen und ihrer Auswirkungen auf den Zulassungsmodus für Impfstoffe?

Diese Frage leitet zu einer weiteren Besonderheit im Epi-/Pandemiegeschehen über. Von Beginn des Infektionsgeschehens an war eine breite medizinische Expertise nicht oder nur eingeschränkt gefragt. Erkenntnisse aus der ersten, weitaus gefährlicheren SARS-CoV Epidemie 2003 (Letalität 10%!) und ihrer erfolgreichen Eindämmung innerhalb kürzester Zeit ausschließlich mittels Isolierung und konsequenter Hygiene, aber ohne Impfschutz sowie Maskenpflicht, blieben unbeachtet und ungenutzt. Identifizierung des Erkrankten, strikte Isolierung (anstelle von Quarantäne im häuslichen Umfeld mit undefinierten Infektionsmöglichkeiten), Hygiene, Verfolgung von Kontakten, symptomatische Behandlung, Schutz besonders vulnerabler Gruppen und ggf. Freitestung im Verlauf der Gesundung gehörten bisher zum ärztlichen Repertoire in der Behandlung ansteckend Erkrankter. Das unselige Abstandhalten, Kontaktverbote Gesunder oder nächtliche Ausgangssperren und vieles andere mehr gehörten nicht dazu. Die umfangreichen Erfahrungen in der Vermeidung von Infektionen, über die Ärzte, insbesondere Chirurgen, Geburtshelfer oder Notärzte sowie Rettungs- und Pflegepersonal verfügen und von denen, soweit bekannt, keine „Super-Spreader“ ausgingen, wurden nicht genutzt. Fragen zur vorbestehenden Immunität, insbesondere zur T-Zell-Immunität oder Kreuzimmunität mit den seit Jahrzehnten kursierenden Corona-Viren wurden weder gestellt, noch in repräsentativem Umfang geprüft.

Ärztliche Verantwortungsträger hielten sich bezüglich ungewöhnlicher Lockdown-Maßnahmen erstaunlich bedeckt. Erst sehr spät wurde ein Pandemierat der Bundesärztekammer ins Leben gerufen, der sich ohne eigenständige Analysen des epidemischen Geschehens dem politisch-verordneten Aktionismus unterwarf. So unterblieb bedauerlicherweise die notwendige Beschränkung präventiver Maßnahmen auf relevante Sub-Populationen.

## 2. Schein-Maßnahmen

Andererseits versuchten die Verantwortungsträger ihrem Wirken von Anfang an einen, zunächst positiv rezipierten Anstrich von Wissenschaftlichkeit zu geben. Neben abhängigen Instituten und Beratern stützte man sich insbesondere auf das breite Sachverständigenspektrum der politikberatenden Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Geflissentlich unterbreitete die Leopoldina mehrere Ad-hoc-Stellungnahmen zur Corona-Virus-Pandemie. Eine komplexe Analyse des Ausgangs- und Ist-Zustandes befindet sich nicht darunter. Diese wäre jedoch zwingend erforderlich gewesen, um Fehleinschätzungen zu vermeiden, ggf. über paßgenaue Maßnahmen zu befinden und letztlich um den gegenwärtigen Ausnahmestand beenden zu können. Mit „*wissenschaftlichen Hinweisen*“, „*Hochrechnungen oder politischen Überlegungen*“ ist es nicht getan. Wünschenswert wäre, wenn die Leopoldina kraft ihrer Reputation und ihres versammelten Expertenwissens alle Indizien des sich abmildernden Verlaufs der Epidemie in den Dienst einer möglichst zügig voranzutreibenden Entdramatisierung der Situation stellen würde.

Doch diese ist nicht in greifbare Nähe gerückt. Das 17-seitige Strategie-Papier des BMI von Mitte März 2020 „Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen“ wirkt noch immer. Einmalig, daß die Beurteilung einer gesundheitlich beunruhigenden Situation vom BMG ins kompetenzstärkere BMI wanderte. Und so dominierten in diesem strategisch bedeutsamen Papier nicht der Schutz der Bevölkerung, sondern Handlungsempfehlungen, wie man Duldsamkeit und Folgsamkeit gegenüber freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bestmöglich erreichen kann. Dazu gehörte das Heraufbeschwören von Schockszenarien - wie man heute weiß von einem völlig Fachunkundigen verfaßt - mit möglichst hohen Fallzahlen, abschreckenden Bildern oder entsprechenden Berichten sowie absolut unrealistische

Modellkalkulationen. Folgen des Beharrens auf einem Angst und Schrecken vermittelnden globalen Covid-19 Krankheitsbild sind u.a. Neufestlegungen, wie die von „Systemrelevanz“ oder die „überragender Gemeinschaftsgüter“ und die Neujustierung der Grundrechte. Das spielt der planmäßig vorangetriebenen „Transformation“ in die Hände („*Deutschland wird nach der Pandemie ein anderes sein!*“).

Wen wundert es, daß der für den 31.3.2021 gesetzlich fixierte Bericht des BMG bisher ausblieb. Er hätte schließlich zum Ergebnis kommen müssen, daß sich das Krankheitsbild objektiv abgeschwächt hat und demzufolge die parlamentarische Aufhebung der „*epidemischen Lage von nationaler Tragweite*“ gemäß IfSG ansteht.

### 3. Zur „Schutz-Impfung“

Innerhalb der letzten Monate sind die Diskussionen um die Verhältnismäßigkeit der Lockdown-Maßnahmen denen der Versorgung mit Impf-/Wirkstoffen und des Impf-Kampagnen-Managements gewichen. Bedenkenlos werden die neuartigen, in einmalig kurzer Entwicklungszeit regelrecht aus dem Boden gestampften, spike-produzierenden Impf-/Wirkstoffe vermarktet und verimpft. Sie haben als „*sichere und einzige Rettung*“ gegen die „*todbringende Covid-19-Erkrankung*“ zu gelten und die Verängstigten lechzen regelrecht nach dieser vermeintlich alternativlosen Erlösung. Bereits verfügbare, konventionell hergestellte Impfstoffe, medikamentöse Alternativen oder präventive Maßnahmen zur Förderung der unspezifischen Immunität werden nicht propagiert. Die Einmaligkeiten kumulieren.

Beginnen wir mit den aktuellen Zulassungen. Bei diesen handelt es sich nicht um reguläre, sondern der Situation geschuldete zeitlich begrenzte, mit zahlreichen Einschränkungen behaftete und mit Auflagen versehene, *bedingte* Covid-19 Impfstoffzulassungen (CMA). Hintergrund dafür ist die weltweit als äußerst dramatisch befundene Covid-19-Situation. Sollte sich diese entspannen - und zahlreiche Anzeichen dafür gibt es -, müßte sich das Zulassungsverfahren normalisieren mit dem Ergebnis, daß die autorisierten Produkte den vorgesehenen hohen Sicherheits- und Zuverlässigkeitsstandards wieder uneingeschränkt entsprechen. Kein Wort von alledem gelangt in die Öffentlichkeit. Impfende und Impflinge sind im Glauben an eine reguläre Zulassung sicherer Produkte gefangen.

Betrachtet man die neuartigen Impf-/Wirkstoffe etwas näher, so muß man Folgendes zur Kenntnis nehmen (s. auch Schema).

Bei konventionellen Impfstoffen wird das nicht-infektiöse Antigen exakt dosiert verabreicht und führt zur gewünschten Immunantwort. Im Kontrast dazu muß bei spike-exprimierenden Impfstoffen die Herstellung der antikörperproduzierenden und Immunität begründenden Antigene, der Virus-Spikes, vom menschlichen Organismus in einem mehrschrittigen Prozeß selbst übernommen werden.

## Vergleich der konventionellen Impfung mit der auf Spikeproduktion beruhenden Covid-19 Impfung

### I. Konventionelle Impfung

- 1.a): Injektion des **nicht-infektiösen Antigen**s (abgeschwächte oder abgetötete Erreger)
2. Entwicklung von **Antikörpern** gegen das Antigen = **erworbene Immunität**
- 1.b): **Aktivierung der Immunabwehr**

### II. Spike-produzierende Impfung

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1.1.a): Injektion eines Fremdeiweißes mit genetischer Information | 1.2.a): erzwungene <b>intrazelluläre Synthese des Spike-Struktur-Proteins</b> (Fremdeiweiß) | 1.3.a): Präsentation des Spike-Proteins als <b>Antigen</b> | 2. a): Entwicklung von <b>Antikörpern</b> gegen das Antigen = <b>erworbene Immunität</b>  |
| 1.1.b): <b>Aktivierung der unspezifischen Immunabwehr</b>         | 1.2.b) : <b>Aktivierung der Immunabwehr</b>   | 1.3.b): konkurrierende Funktionsstörung des ACE2-Rezeptors | 2. b): Auslösung zahlreicher unerwünschter Wirkungen u.a. durch Funktionsstörung von ACE2 |

Im ersten Schritt wird die transportfähig gemachte mRNA bzw. die genetische Information (entweder mit Nano-Lipidhülle oder Adenovirus-Vektor) intramuskulär appliziert. *1. Risiko:* Auf die Zufuhr dieses komplexen Fremdeiweißes, seiner Hülle oder/und des Vektors kann der Organismus mit Abwehrreaktionen reagieren. Dieses Risiko fand in der Impf-Realität bereits Bestätigung durch das Auftreten unerwartet zahlreicher anaphylaktischer und Autoimmun-Reaktionen. *2. Risiko:* Trotz definiert applizierter Menge ist unbekannt, wieviel davon intrazellulär ankommt und wie lange die mRNA in menschlichen Zellen aktiv ist.

Der zweite Schritt: Der genetische Code zwingt die zelluläre Proteinsynthese zur Herstellung eines Teils des Erregers, des körperfremden Spike-Struktur-Proteins. *1. Risiko:* dieses ungewöhnliche Fremdprotein kann ebenfalls zu allergisch/anaphylaktischen Abwehrreaktionen führen. *2. Risiko:* Es ist völlig offen, wie viele Spikes, in welcher Zeit gebildet werden und wovon Menge und Dauer der Bildung abhängig sind. Es liegen keinerlei Erkenntnisse darüber vor, wie bspw. der pH-Wert vor Ort, die Durchblutung, das Alter der Impflinge oder Komorbiditäten die Spike-Bildung beeinflussen. Unvorhersehbare signifikante Wirkungsschwankungen sind vorprogrammiert. Ethische Fragen zur Zweck- und Sinnhaftigkeit der Nutzung des menschlichen Organismus für die eigentliche Antigen- bzw. Impfstoffproduktion wurden erstaunlicherweise bisher kaum gestellt.

Dritter Schritt: Die produzierten Spikes werden auf der Zelloberfläche präsentiert. Sie wirken über ihre Rezeptorbindungsdomäne S1 als Antigen antikörperauslösend und/oder als Wirkstoff an ihrem Rezeptor ACE2. Zur antikörperauslösenden Wirkung der Spikes sind fragmentarische Details bekannt, viele wichtige fehlen. *Haupt-Risiko:* Untrennbarkeit der gewünschten Antikörper-Produktion (= Immunität) von der ACE2-Funktionsstörung (= systemische Nebenwirkungen).

Tatsächlich konnte inzwischen experimentell nachgewiesen werden, daß isolierte Spikes zur Funktionsstörung (Downregulation) von ACE2, des Spike-Rezeptors, führen. Dieser besitzt eine physiologische Gegenspielerfunktion im fundamental wichtigen Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS). Dessen Rolle in der Regulierung des Herz-Kreislauf-Systems gilt seit Jahrzehnten als gesichert. Bei Funktionsbeeinträchtigung von ACE2 kann es zur Überaktivität des RAAS mit einer Reihe schädlicher Konsequenzen kommen. Nachgewiesen wurden Lungen- und Gefäßschäden. Diese Wirkungen sind Beweis dafür, daß Spikes direkt in die Auslösung des Krankheitsgeschehens einbezogen sind. Unterstützt wird diese Annahme

durch die Meldung Covid-19-bezogener, unerwünschter Ereignisse im 4-bis 5-stelligen Bereich bei Geimpften (bezogen auf Comirnaty-Zahlen, EudraVigilance Datenbank, 3.4.2021). Auch in Deutschland sind nach der Impfung zahlreiche Erkrankungsfälle und positive PCR-Befunde berichtet worden. Die gewünschte immunisierende Antikörperproduktion der sogenannten „Schutz-Impfung“ wird demnach begleitet von Symptomatik und Folgen einer Covid-19-Erkrankung – ein Novum unter den Impfstoffen!

Die Ursache dafür ist der bisher nicht beachtete Doppelcharakter der spike-exprimierenden Impfstoffe - Antigen und Wirkstoff zugleich. Dieser erschließt sich auch aus dem Verträglichkeitsprofil, welches der Symptomatik von Covid-19 sehr ähnelt. Dieses ist seit Beginn der Impfkampagnen durch eine im Vergleich zu anderen Impfstoffen erstaunliche Häufung von Nebenwirkungen charakterisiert (49 961 Nebenwirkungsfälle in Deutschland gem. PEI-Sicherheitsbericht bis 30.4.2021) mit zahlreichen Todesfällen in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung (524 Fälle in Deutschland. Deutlich mehr Todesfälle waren bis 3.4.2021 bereits in der EudraVigilance Datenbank der EMA enthalten: 3529 für Comirnaty und 976 für AstraZeneca). Neben unvermeidbaren Impfreaktionen lokaler Art und den erwähnten allergisch-anaphylaktischen Symptomen häufen sich systemische Reaktionen, unerwünschte Herz-Kreislauf-Reaktionen einschließlich der thrombotischen Ereignisse, aber auch gastrointestinale, Haut- und ZNS-Reaktionen, der Organ-Verteilung von ACE2/RAAS entsprechend. Besonders gefährdet könnten ungeschützte Herz-Kreislauf-Vorgeschädigte sein. Im Vergleich zu der hohen Anzahl von Nebenwirkungsmeldungen nach Covid-19-Impfstoff-Gabe innerhalb von nur 4 Monaten wurden im gesamten Jahr 2014 nach Verimpfung aller benötigten Impfstoffe lediglich 3720 Nebenwirkungsfälle in Deutschland gemeldet, darunter 3 Todesfälle bei Erwachsenen und 9 bei Kindern. Diese Zahlen bedürfen keiner weiteren Interpretation. Das wünschenswerte Ziel „*kaum wahrnehmbarer Nebenwirkungen*“ wird bei den spikeproduzierenden Impfstoffen somit verfehlt. Nur häppchenweise werden einzelne neue, jedoch erwartbare Risiken eingestanden, wie das Thrombose-Risiko oder die noch in der Diskussion befindlichen Fälle von Herzmuskelentzündungen. Andere warten noch auf ihre Nennung.

Die durch ACE2-Funktionsstörung ausgelöste Aktivitätserhöhung des RAAS mit potentiell fatalen Konsequenzen bleibt unerwähnt. Warum wird der Weg vom ACE2-geschärften Virus (seit Anfang 2020 bekannt, s. auch 1.) zum ACE2-involvierenden Impfstoff verschwiegen und weshalb sollen Noch-Gesunde vor schädlichen Folgen dieser Impfstoffe nicht umfassend und rechtzeitig gewarnt werden? Fragwürdig ist vor dem geschilderten Hintergrund der permanent ausgeübte Druck zur Impfstoff-Beschleunigung und die vorgesehene Ausweitung auf Kinder und Jugendliche, obwohl wegen der Neuartigkeit der Impfstoffe und des Fehlens von Erkenntnissen zur Langzeitverträglichkeit äußerste Vorsicht geboten wäre. Auf Antworten zu diesen Fragen müssen Hersteller, Behörden, wissenschaftliche Institutionen und Impfbereitete über kurz oder lang gefaßt sein. Mit Unkenntnis wird man sich nicht herausreden können, denn entsprechende Informationen liegen seit der Entdeckung von ACE2 Anfang 2000 und dezidiert seit März 2021 den Entscheidungsträgern vor.

Fakt ist, daß die Zahl der Neuinfektionen und Todesfälle in Deutschland trotz 4-monatiger Impfung und Dauer-Lock-Down erst jetzt langsam sinkt. Möglicherweise werden die Zahlen durch neue „laborbestätigte Fälle“ nach Impfung, die normalerweise als Impfdurchbrüche oder Impfstoffversagen bezeichnet werden, und leider wahrscheinlich auch durch hinzukommende Todesfälle in Zusammenhang mit der Impfung ergänzt, die unbedingt separat erfaßt und sorgfältig differentialdiagnostisch abgeklärt werden müßten. Schließlich ist das Leid betroffener Geimpfter und ihrer Angehörigen nicht geringer als das von Corona-Infizierten und darf weder bagatellisiert noch totgeschwiegen werden.

#### 4. Erkenntnisgewinn?

Ursachenermittlung und daraus erwachsender Erkenntnisgewinn scheint bei den Entscheidungsträgern und ihren Beratern nicht besonders gefragt zu sein. Die „*todbringende Krankheit*“ gilt unverändert als sacrosanct und demzufolge als ausreichende Begründung aller davon abgeleiteten Maßnahmen einschließlich der Impfungen.

Doch das Datenmaterial zum Infektions- und Impfeschehen expandiert auf Grund der hohen Aufmerksamkeit, die man Covid-19 widmet, vehement (statistische Erhebungen, Datensammlungen, Studienergebnisse, offizielle Berichte). Es bedarf der permanenten Analyse und angepaßter Schlußfolgerungen. An die Relevanz gezielt erhobener Daten sind dabei einige grundsätzliche Anforderungen zu stellen. Ohne

- stimmige Definitionen und schlüssige Festlegungen (z. Bsp.: „Großschadensereignis“, Erkrankte, Symptomatische, Inzidenz/Limit-Festlegung für Anzahl der Erkrankten, Eignung des PCR-Testes inkl. seines Fehlerbereichs, einheitliche CT-Wert-Schwelle für Infizierte, Isolierung/Quarantäne; Art der Zulassung der Impfstoffe, Charakter der Impfstoffe, Priorisierung, Kontraindikationen bei fehlenden und/oder unzureichenden Erfahrungen, Limit-Festlegung bezüglich der Zahl an „Signal“-Nebenwirkungen zur Auslösung einer Re-Evaluierung der Nutzen/Risiko-Abwägung oder einer Änderung der Produktinformationen bzw. „Rote Hand“-Briefe, etc.),
- ohne differenzierte Erfassung und Auswertung (z. Bsp.: Infektionsherde/Spreading events, Super-Spreader, Art der Mutante, Krankheitssymptomatik und-dauer, durch Covid-19 Verstorbene; Serokonversionsraten, erwartete und potentielle, sowie bisher unbekannte, neu aufgetretene Impf-Nebenwirkungen; an/nach der Impfung Erkrankte bzw. Impfdurchbrüche, durch Impfung Verstorbene, differentialdiagnostische Abklärung schwerer und tödlicher Impf-Fälle unter Einbeziehung des aktuellen Erkenntnisstandes),
- ohne Einbeziehung von Ergebnissen aus etablierten Surveillance-Erhebungen (Sentinel, GrippeWeb, AGI, ICOSARI) und
- ohne korrekte Wiedergabe und ohne exaktes Datenmanagement (z. Bsp.: tagesaktuelle Erfassung und Übermittlung, Erkrankte anstelle von „Fällen“ und kumulativen Zahlen, Prüfung auf innerinstitutionelle Datenkongruenz etc.)

ist der wünschenswerte, noch fehlende Konsens zum globalen Krankheitsbild – A und O des Geschehens - nicht erreichbar. Abgeleitete Konsequenzen sowie perspektivische Modellrechnungen werden unbrauchbar, wenn inkorrektes Ausgangszahlenmaterial verwendet wird. Aufklärungsunterlassungen verwirken das Vertrauen in Präventions-Maßnahmen.

Trotz zahlreich unterbreiteter Analysen, Hinweise, Petitionen, offener Briefe und Kommentare von verschiedenen Seiten, waren die Entscheidungsträger meist nicht zu Berichtigungen bereit. Manche Analysen blieben zwar unwidersprochen oder unbeachtet, andere wanderten unverstanden bestenfalls in die Postfächer von „Bürgeranfragen“ und wurden mit Verweis auf die ohnehin analysierten RKI/PEI- Berichte und Übersichten beantwortet. Die europäische Zulassungsbehörde EMA antwortete auf Anfragen zwar zeitnah und vergleichsweise ausführlich, doch die erbetene Bewertung von in der eigenen Datenbank EudraVigilance zahlreich vorhandenen Nebenwirkungs- und Todesfallmeldungen erfolgte nicht.

Es scheint sich ein Schweigekartell etabliert zu haben, dem sich nationale Institutionen, wissenschaftliche Gesellschaften, Berater und wissenschaftliche Redaktionen sowie die Medien verpflichtet fühlen. Geflissentlich und unkritisch, einer hierarchischen Ordnung folgend, ist man bereit, nur das derzeitige Opportune zu kommunizieren und zu vertreten. Stichhaltige Argumente werden weggeschwiegen, besorgte kritische Stimmen aus verschiedenen Teilen der Welt bleiben ungehört. Das ist zur Lösung der gesamtgesellschaftlich

fixierten Covid-19-Problematik kontraproduktiv. Diese erfordert im Gegenteil konzentrierte Aufmerksamkeit und den geballten Einsatz aller Föhigen und Willigen ohne Ausgrenzungen. Der Erhalt der Gesundheit lohnt den Einsatz.

PS: Fakten und weitere Erläuterungen sowie entsprechende Quellen sind zu finden bei <https://karla-lehmann.de>