

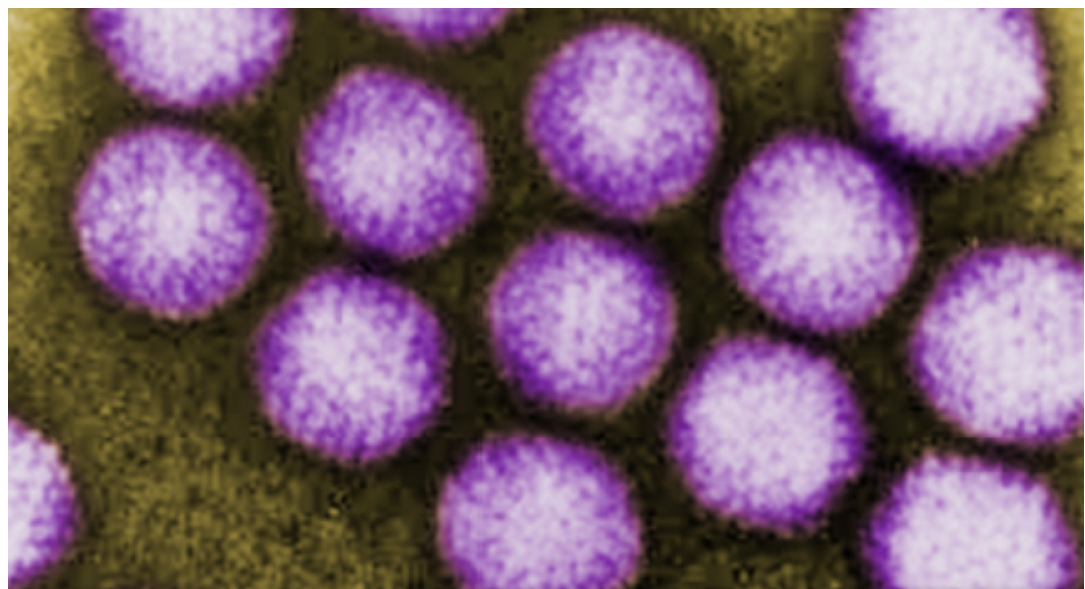
Covidiotie

Das Problem mit der COVID-Erzählung

[16. November 2022](#) [Kommentare \(19\)](#)

**Robert Clancy**

Der Autor ist emeritierter Professor für Pathologie an der University of Newcastle Medical School. Er ist Mitglied der COVID-19 Expert Database der Australian Academy of Science



Die „große Gemeinsamkeit“ von Pandemien seit dem Schwarzen Tod, der 1347 ein Drittel Europas auslöschte, ist, dass die Wissenschaft Erzählungen nachdatiert – und diese Erzählungen erzeugen kognitive Dissonanz und „Gruppendenken“, das von Machtfiguren angetrieben wird der Tag. Der Unterschied zu COVID-19 besteht darin, dass es nicht so sein musste: Die Wissenschaft von COVID war durch Erfahrungen mit Influenza und Kenntnissen der [kompartimentierten Schleimhautimmunologie](#) bekannt. Die Macht der pharmazeutischen Industrie und ihr allgegenwärtiger Einfluss auf allen Ebenen der politischen und medizinischen Entscheidungsfindung wurde unterschätzt.

Zusammen mit einer politischen Struktur, die dringend ein Narrativ brauchte, wurde die Welt von dem Glauben angetrieben, dass genetische Impfstoffe den Tag retten würden. Jeder, der die Einführung von Impfstoffen kompromittiert, musste auch „abgesagt“ und dämonisiert werden, nur zur Sicherheit, unabhängig von der Qualität der Person, ihrer Expertise oder der Logik ihrer Argumentation. „Falsche Nachrichten“ war ein Begriff, der verwendet wurde, um die Einhaltung der Impfstoff Erzählung sicherzustellen, die von Regierungen,

Aufsichtsbehörden, Berufsverbänden, Zeitschriften und einzelnen Angehörigen der Gesundheitsberufe unterstützt wurde. Die Weltpresse schloss sich an, um „die Verbreitung schädlicher Desinformation zu bekämpfen“. Niemand konnte beweisen, dass sein „Glaube“ wahr ist, noch würden sie diejenigen diskutieren, die die Erzählung in Frage stellten. Eine umfassende Kritik an Zensur und Unterdrückung von Gegenargumenten, [Zensur und Unterdrückung von COVID-19 Heterodoxy: Tactics and Counter-Tactics](#) legt einen besonderen Schwerpunkt auf schlechtes Verhalten von Medienorganisationen.

Zwei kürzliche persönliche Erfahrungen veranschaulichen die weltweite Ablehnung durch Fachleute, von denen wir traditionell für wissenschaftliche Anleitung abhängig sind.

Zuerst habe ich mich an die Society for Mucosal Immunology (SMI) gewandt, eine internationale Einrichtung zur Untersuchung der Immunität an Schleimhautoberflächen, einschließlich Virusinfektionen der Atemwege, und die Stelle, die am besten in der Lage ist, in Bezug auf die Wissenschaft der COVID-19-Infektion aufzuklären. Ich war einer von sechs Gründern des SMI und langjähriger Asien-Pazifik-Vertreter. Es gab keine Antwort auf den Vorschlag, dass unsere Gesellschaft die Verantwortung habe, eine Führungsrolle beim Verständnis von COVID, Impfung und Management zu übernehmen. Vielleicht keine Überraschung; „Goldsponsor“ des SMI war Pfizer.

Zweitens ein Ansatz für das College of Pathology (von dem ich Senior Fellow, Gründungsprofessor für Pathologie und ehemaliger Vorsitzender des College-Ausschusses für die Grundausbildung in Pathologie war), der die einzigartige Gelegenheit für eine länderübergreifende Studie betont, um festzustellen, ob Die COVID-Impfung war verantwortlich oder nicht verantwortlich für die Flut von Berichten über eine Zunahme ungeklärter Todesfälle in der westlichen Welt – übermäßige Todesfälle über den erwarteten Hintergrundsterblichkeitsraten, wo die [australischen Todesfälle im Zeitraum 2021/22 jetzt 17 Prozent übersteigen](#). Das College, schlug ich vor, könnte sein Netzwerk in Australien und Neuseeland nutzen, das für Qualitätskontrollprogramme entwickelt wurde, um ein standardisiertes Protokoll für eine Post-Mortem-Studie zu koordinieren, um die wohl wichtigste Frage zu beantworten, der sich die Medizin gegenüber sieht. Nach zwei Anläufen kam die Antwort: Wenden Sie sich mit Ihrer Frage an die Heilmittelverwaltung!

Diese Beispiele sind wichtig, da sie das Versäumnis von Berufsverbänden widerspiegeln, Debatten oder Wissenschaft zu unterstützen, die im Widerspruch zu einem Narrativ stehen, das die Verfolgung von Angehörigen der Gesundheitsberufe ermöglicht hat und dessen Gültigkeit in Frage stellt.

Zwei grundlegende Wahrheiten wurden ignoriert oder nicht verstanden. Das erste war, dass der natürliche Verlauf von COVID-19 als Infektion der Atemwege durch das Ergebnis einer Wirt-Parasit-Beziehung (der Wechselwirkung zwischen dem infizierenden Virus und der Immunantwort) bestimmt wurde, an der die Immunantwort der

Schleimhaut beteiligt war. Der zweite war, dass die Einführung eines experimentellen genetischen Impfstoffs zur Verhinderung einer Infektion eines Schleimhautraums unnötig, durch die Biologie der Infektion begrenzt und mit einem Potenzial für unvorhersehbare unerwünschte Ereignisse behaftet war.

Die mukosale Immunantwort bestimmt den Ausgang einer COVID-19-Infektion

Eine pandemische Infektion durch ein Atemwegsvirus, sei es Influenza- oder Coronavirus, tritt auf, wenn die Mutation den Austritt aus dem Schleimhautkompartiment in den Gasaustauschapparat der Lunge ermöglicht, wo das Ergebnis von der systemischen Immunantwort bestimmt wird. Dieses Ergebnis spiegelt das Gleichgewicht zwischen viralem Antigen und [IgG-Antikörper](#) wider: „Antigenüberschuss“ führt zu einer viralen Lungenentzündung, während „Antikörperüberschuss“ (aufgrund einer früheren Infektion oder Impfung) die Schwere der Erkrankung verringert. Eine Infektion des Schleimhautgewebes induziert eine tiefgreifende Immunsuppression durch „Suppressor“-T-reg-Zellen, die die Nettoimmunität sowohl in lokalen als auch in systemischen Geweben dominieren – ein physiologischer Mechanismus, um eine tiefgreifende Entzündungsreaktion auf die Myriaden von Mikroben zu verhindern, die Schleimhautstellen besiedeln. Dies ist das vergessene Kennzeichen der Schleimhautimmunologie.

Wie ist in diesem Rahmen die Immunisierung gegen eine COVID-19-Infektion zu verstehen?

Erstens stimuliert die systemische Impfung (*dh* injizierte Impfstoffe) *nur* die systemische Immunität (das IgG-Antikörpersystem). Es schützt vor Viren, die aus dem Schleimhautkompartiment ausgetreten sind, hat aber im Wesentlichen keinen Einfluss auf die Schleimhautstelle der *Primärinfektion*.

Frühe klinische Studien zu COVID-Impfstoffen zeigten wenig bis gar keine Wirkung auf die Vorbeugung von Infektionen, aber eine Verringerung schwerer Krankheiten aufgrund des Austritts von Viren in den Gasaustauschapparat. Dies ist im Laufe der Zeit weniger klar geworden, da die im Jahr 2020 entwickelten Impfstoffe des Delta-Subtyp-Virus die dem Omicron-Stamm innewohnenden Antigenvarianten nicht erkennen konnten.

Noch wichtiger ist, dass die wiederholte Antigendosierung aus der Impfung, oft in Kombination mit einer zwischenzeitlichen COVID-Infektion, T-reg-Zellen aktiviert, wodurch *die Immunität* gegen eine COVID-Infektion spezifisch unterdrückt wird. Dies führte zu einer „umgekehrten Immunität“ mit mehr Infektionen und schwereren Erkrankungen, die bei mehrfach geimpften Probanden gemeldet wurden, sodass COVID nun zu einer Pandemie der Geimpften geworden ist.

Jetzt hat die Impfung keinen signifikanten Einfluss auf die Virusausbreitung, da sie die Schleimhautimmunität nicht stimuliert. Tatsächlich scheiden die mehrfach geimpften Viren aufgrund des oben diskutierten Unterdrückungseffekts über längere Zeiträume aus. Nichts davon sollte überraschen, da die „Desensibilisierung“ (mehrere Antigenspritzen für Allergiker) allergische Reaktionen für etwa fünf Jahre durch Aktivierung derselben T-reg-Zellen wirksam unterdrückt.

Die Auswirkungen auf COVID sind besorgniserregend, da eine langwierige Unterdrückung der spezifischen Immunität durch Booster mit geringem Abstand eine Prädisposition für eine schwerere Krankheit für eine beträchtliche Zeit vorhersagt. Die natürliche Immunität gegen eine COVID-Infektion ist breiter und dauerhafter als die nach der Impfung, während die Immunisierung nach der Infektion das Risiko einer Beeinträchtigung der Immunität aufgrund einer spezifischen Immunsuppression erhöht.

Es folgen zwei Ausgaben. Erstens ist die systemische Immunität gegen eine Infektion der Atemwege weniger wirksam und weniger dauerhaft als der Schutz, den wir von Impfstoffen gewohnt sind, die zur Vorbeugung systemischer Infektionen (wie Masern) verwendet werden, da sie mit einer Immunsuppression verbunden sind. Diese Tatsache wurde von denjenigen vernachlässigt, die Impfentscheidungen treffen. Zweitens sind genetische Impfstoffe anfällig für Dysregulation und unvorhersehbare Ergebnisse, da die Synthese von Spike-Protein (dem Antigen) nicht lokalisiert, sondern im ganzen Körper vorhanden ist, wobei die Herstellung von Spike-Protein Wochen bis Monate dauert. Die Menge des Antigens und die Dynamik seiner Produktion sind unkontrolliert, wodurch kritische Dosis-Wirkungs-Parameter entstehen, die die Netto-Immunantwort beeinflussen, untermauert durch Berichte über eine schlechte Qualitätskontrolle des Impfstoffs mit Variationen zwischen den Chargen.

Das Influenza-Impfstoffmodell – so unvollkommen es auch sein mag – sagte alle oben genannten Ergebnisse für genetische COVID-Impfstoffe voraus: kurze Dauer, variabler Schutz der Gemeinschaft auf niedrigem Niveau (20-60 %), aber Schutz vor schwereren Krankheiten. Die Erfahrung führte zu einer *jährlichen* Influenza-Immunisierung vor der Saison, wobei die entscheidende Bedeutung einer Impfung mit zeitlichem Abstand betont wurde, um eine Immunsuppression zu vermeiden.

Die Geschichte der Grippeimpfstoffe betont den Mythos und die Aura, die sich über die „innovative Technologie“ genetischer Impfstoffe verbreitet haben: Sowohl mRNA- als auch DNA-Vektorimpfstoffe waren in früheren begrenzten Humanstudien unwirksam, ohne Beweise für einen Vorteil gegenüber Antigen-basierten Impfstoffen (einschließlich eines kürzlich erschienenen Studie zum Vergleich eines mRNA-Influenza-Impfstoffs mit einem Split-Antigen-Impfstoff); die Entwicklung des COVID-Impfstoffs bis zur Marktreife dauerte doppelt so lange wie bei geeigneten Influenza-Antigen-Impfstoffen bei früheren Influenza-Pandemien; und sie haben ungetestete Verabreichungssysteme eingebaut, die in der Lage sind, genetische Informationen zu dysregulieren, die kein Impfstoff betreten sollte, da sie der heilige Boden der menschlichen Biologie sind. Genetische

Impfstoffe wurden mit „Warp-Geschwindigkeit“ auf die Welt gehisst, ohne eine Ahnung von ihren biologischen Auswirkungen oder dem Profil unerwünschter Ereignisse. Sie hatten großartige Patente, die eine riesige kommerzielle Gelegenheit schufen, die sich in historische und außergewöhnliche Windfall-Gewinne umwandelte. So einfach ist das.

Ein wichtiger Unterschied zwischen Influenza-Impfung und genetischen COVID-Impfstoffen ist die Beobachtung, dass nach einer Influenza-Impfung die Gesamtsterblichkeit in der geimpften Bevölkerung um 10 % sinkt. Dies steht im Vergleich zu der Feststellung von „erhöhten Todesfällen in der Gemeinschaft von etwa 10 %“ in der gesamten COVID-19-geimpften Welt – was mit der Impfdynamik korreliert.

Eindeutig umstritten und besorgniserregend sind Daten, die erhöhte Todesfälle mit Berichten über schwerwiegende unerwünschte Ereignisse nach COVID von staatlichen Meldestellen korrelieren. Es gab mehr Berichte über schwerwiegende unerwünschte Ereignisse bei COVID-Impfstoffen als bei allen anderen Impfstoffen zusammen über 20 Jahre! Schätzungen zufolge werden schwere unerwünschte Ereignisse um das 40-fache zu wenig gemeldet.

Das Auftreten von Myokarditis als Beispiel für ein unerwünschtes Ereignis nach der Impfung veranschaulicht die Entwicklung des Verständnisses. Anfänglich wurden seltene Fälle bei Jungen im Teenageralter gemeldet. Neuere prospektive Studien mit [Troponinspiegeln](#) stellen fest, dass 2-3 % der mRNA-Impfungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern von einer Myokarditis gefolgt werden. Die langfristigen Auswirkungen einer Myokarditis sind unbekannt, obwohl drei- bis sechsmonatige Nachbeobachtungsstudien darauf hindeuten, dass viele Patienten anhaltende Schäden haben, wobei Narben von einer geheilten Myokarditis als Ursache für eine Zunahme plötzlicher Todesfälle bei Sportlern vermutet werden. Der Fund von Spike-Protein in Gewebeläsionen im Zusammenhang mit T-Zell-Infiltraten, identifiziert in Myokardbiopsien und in Obduktionen nach plötzlichen unerwarteten Todesfällen, legt die Pathogenität des durch die COVID-19-Impfung induzierten Spike-Proteins als wahrscheinlichen Unterschied zwischen Mortalitätserfahrungen nach der Impfung nahe mit Influenza- und COVID-Impfstoffen gemeldet.

Diese kurzfristigen unerwünschten Ereignisse nach genetischen Impfstoffen haben dazu geführt, dass Verhältnisse berechnet wurden, die deutlich mehr Todesfälle nach genetischen Impfstoffen zeigen als Leben, die durch Impfung vor COVID gerettet wurden. Diese Verhältnisse sind höher bei Kindern, die selten eine schwere Erkrankung entwickeln. Zu den längerfristigen Krankheitsmöglichkeiten, die weiter untersucht werden müssen, gehören die Integration der genetischen Codierung des Spike-Proteins in die DNA und Prionensequenzen innerhalb des Spike-Proteins, die eine Amyloidablagerung im Nervengewebe verursachen können.

Die Botschaft von potenziellen Schäden, reduziertem Schutz und der Notwendigkeit, Impfstrategien zu rationalisieren, wird langsam gelernt. Dänemark hat [die routinemäßige Impfung bei Personen unter 50 eingestellt](#), und die Mandate werden stillschweigend fallen gelassen.

Fazit

Es ist überraschend schwierig, eine von kommerziellen Interessen getriebene Erzählung durch Wissenschaft zu ersetzen. Aber es muss passieren.

Die Überprüfung bestehender Daten sowohl zur Wirksamkeit als auch zur Sicherheit genetischer Impfstoffe durch Berufsverbände, etablierte Fachzeitschriften und die Medien war ein „No-Go“-Bereich. Leugnung und Ignoranz stimmen mit einem Narrativ überein, bei dem diejenigen, die Fragen stellen, von der Teilnahme an der Diskussion ausgeschlossen werden, und zwar durch Methoden, die von der Anschuldigung, dass die Täter „Impfgegner“ seien, bis zur Abmeldung von Angehörigen der Gesundheitsberufe reichen. In jüngster Zeit begann die Anerkennung von Einschränkungen und Bedenken in Bezug auf genetische Impfstoffe und die daraus resultierenden mangelnden Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitspolitik in die Mainstream-Presse einzudringen.

Es wurde gefordert, [einen Schlussstrich unter frühere Entscheidungen zu ziehen](#), unabhängig davon, wie falsch sie aufgrund „der damaligen Unsicherheit“ waren. Der Punkt dieses Essays ist, dass es damals sehr wenig Unsicherheit hätte geben dürfen.

Der immunologische Rahmen war bekannt, das Influenza-Impfstoffmodell war seit den 1940er Jahren untersucht worden, und Daten zu Daten, die nicht von den pharmazeutischen Unternehmen veröffentlicht wurden, waren über die FDA verfügbar und wurden von Prof. Peter Doshi im *British Medical Journal* überprüft. Warnsignale gab es überall bei der Verwendung von völlig ungetesteten genetischen Impfstoffen. Diese „Gewissheiten“ wurden bereits am 17. Januar 2021 in einem *Quadrant-Online-Artikel mit vorhergesagten Ergebnissen überprüft*: [COVID-19: Ein realistischer Ansatz für das Community-Management](#).

Unter dem Deckmantel einer Pandemie wurde der westlichen Gesellschaft eine andere Form der medizinischen Versorgung aufgezwungen. Dies auf eine Art und Weise, die sich von allen verfeinerten und traditionellen Normen der klinischen Praxis entfernt: den Regeln der Wissenschaft und der Arzt-Patienten-Beziehung, die auf informierter Zustimmung basiert.

Zahlreiche rechtliche Herausforderungen, die in der westlichen Welt aktuell sind, können der einzige Weg sein, um Klarheit und Sinn auf den Tisch zu bringen, indem zu einem bewährten Muster sicherer, wissenschaftlich fundierter medizinischer Praxis zurückgekehrt wird, das auf der Beziehung zwischen Arzt und Patient basiert, die sich im Laufe der Zeit entwickelt hat von Louis Pasteur.

Robert Clancy ist emeritierter Professor für Pathologie an der University of Newcastle Medical School. Er ist Mitglied der COVID-19 Expert Database der Australian Academy of Science. Er hat auch in den Juli-August- und Oktober-Ausgaben von Quadrant über Aspekte der COVID-Pandemie geschrieben