



Interview

Corona: Ist auch die zweite Welle eine Testpandemie?

Interview mit Dr. med. Claus Köhnlein



Bereits zu Beginn der Corona Pandemie stellte Dr. med. Claus Köhnlein, Arzt und Buchautor, öffentlich die Fragen: Wie gefährlich ist das Coronavirus? Und handelt es sich hier um eine Testpandemie? Kla.TV konnte am 28. November 2020 ein Interview mit Dr. Köhnlein führen und ihm dazu weitere Fragen stellen.

Dr. med. Claus Köhnlein ist Arzt und Buchautor des bekannten Buches „Virus-Wahn – Wie die Medizin-Industrie ständig Seuchen erfindet und auf Kosten der Allgemeinheit Milliarden-Profitte macht“.

Bereits zu Beginn der Corona Pandemie stellte Dr. Köhnlein öffentlich folgende Fragen: Wie gefährlich ist das Coronavirus? Und handelt es sich hier um eine Testpandemie?

Kla.TV konnte am 28. November 2020 ein Interview mit Dr. Köhnlein führen und ihm dazu auch weitere Fragen stellen. Doch sehen Sie nun selbst dieses hochaktuelle Interview!

Interviewer: Herr Dr. Köhnlein, vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, das Interview mit uns durchzuführen! Sie haben ganz am Anfang der Corona-Pandemie den Ausspruch einer Testpandemie in den Raum gebracht. Jetzt haben wir ja laut den Infektionszahlen und dem Infektionsgeschehen die zweite Welle erreicht. Würden Sie jetzt in diesem Zusammenhang immer noch von einer Testpandemie sprechen und wenn ja, können Sie erklären, wie Sie dazu kommen?

Dr. Köhnlein: Ja, also ich habe relativ früh diesen Begriff der Testseuche in den Raum geworfen, weil ich ja aus der Aidsgeschichte komme. Ich habe damals ein Buch geschrieben, das heißt „Viruswahn“, mit meinem Journalisten Torsten Engelbrecht, und der Anlass war die AIDS-Problematik. Und da haben wir eben auch erlebt damals in der Zeit, wie durch einen neuen Test praktisch eine Pandemie erzeugt wurde, die um die Welt gegangen ist, auch in Form des HIV-Testes. Ich erinnere mich noch gut an die Situation, als wir in Afrika und Indien waren und die Kollegen uns fragten: „How is it propagating? = Wie verbreitet es sich? Es kommt von Kontinent zu Kontinent“. Und dann habe ich gesagt, durch den Test, durch den HIV-Test. Wir haben keine neue Erkrankung vor uns. In Indien verwandelt sich eine Tuberkulose bei positivem HIV-Test in ein AIDS-Problem, und so hatten wir natürlich in den Entwicklungsländern sofort in dem Moment, in dem der HIV-Test an der Grenze erschien und die Kollegen auf HIV getestet haben, eine Pandemie sozusagen, eine AIDS-Seuche – so wurde es ja dann genannt, und die ganzen Tuberkulosen im Land verwandelten sich plötzlich in AIDS-Fälle.

Tuberkulose ist ja tatsächlich – wenn Sie so wollen – eine AIDS-Krankheit. Man braucht dann aber auch einen Immundefekt dafür, um Tuberkulose zu kriegen, sonst kriegt man sie in der Regel nicht. Dann fehlt einem ein Mykobakterizid Gen. Aber das Problem war, dass dieser HIV-Test eben kreuzreagiert mit Tuberkulose-Bakterien und deswegen die HIV-Positiven-Rate in den Entwicklungsländern deutlich höher war als in den entwickelten Ländern. Deswegen sah ich, als hier eine neue Seuche auftauchte, sofort das Problem des Testes,

weil wiederum keine neue Erkrankung am Horizont zu sehen war, sondern es wurde berichtet über Patienten mit Lungenentzündung in Wuhan, was nun wirklich nichts Ungewöhnliches ist, und der „patient zero“ sozusagen, ein 89-jähriger Chinese mit einer Lungenentzündung, ist nun nicht unbedingt ein Grund, nach einem neuen Virus zu suchen. Deswegen habe ich befürchtet, dass hier wieder eine Test-Pandemie auf uns zukommt wie schon auch vor Jahren in Form der Schweinegrippe und auch in Form der Vogelgrippe und dass hier nur wieder eine Seuche sozusagen initiiert wird, um Medikamente auf den Markt zu bringen, um Impfungen am Horizont erscheinen zu lassen wie damals mit der Schweinegrippe. Im Grunde haben wir das Schweinegrippeproblem schon mal durchexerziert. Da wurde Tamiflu beworben, ein Grippemedikament, und eben die Impfungen dann gekauft von der Bundesregierung, aber Gott sei Dank von den Patienten nicht angewandt, so dass der teuer gekaufte Impfstoff dann auch teuer wieder verschrottet werden musste.

Nun hat man aus dieser Erfahrung offenbar gelernt und hat die Pandemie in Form dieser Test-Pandemie wirklich weltweit veranstaltet, sage ich mal. Sie sehen, dass es keine erhöhte Sterblichkeit gibt übers Jahr gemessen. Das hat jetzt gerade John Ioannidis veröffentlicht. Das ist noch gar nicht lange her, das ist der WHO auch bekannt, dass übers Jahr gesehen, die Sterblichkeit nicht höher ist als bei der saisonalen Influenza. Aber es gab eine Übersterblichkeit und die konzentrierte sich auf den Monat April und da genau genommen auf die zweite, dritte Aprilwoche. Und das würde ich Ihnen gerne einmal zeigen hier bei Euromomo, da sieht man ja schön die Statistiken der Übersterblichkeit. Und da gibt es hier für jede Influenzawelle eine Exzess-Mortalität, die liegt immer so bei 25.000 in Deutschland. Da wird einfach die Sommersterblichkeit von der Wintersterblichkeit subtrahiert und was übrig bleibt, wird als Influenza bezeichnet. Und wenn Sie diese Kurve angucken, dann sehen Sie, wie die 2020-Influenza-Welle oder Grippewelle, sage ich mal vorsichtig, wie die Übersterblichkeit im April schon wieder zurückgeht, um dann plötzlich eine scharfe Zacke zu bilden, und die genauso schnell wie sie hoch geht auch wieder abfällt. Das war die Zeit Mitte April, als wir alle starr waren vor Angst. Ich kann mich noch an eine Diskussion mit meinem Freund erinnern, der die Intensivstation hier in Kiel leitet, der mir sagte: Du, da kommt was auf uns zu. Wir sind im Gespräch mit den Kollegen in England, da sterben die gerade wie die Fliegen, die Patienten. Und das kommt auch auf uns zu. Sage ich zu meinem Freund: Das ist eine Testseuche. Das liegt an dem Test, den sie da gerade eingeführt haben und möglicherweise an der Therapie, mit der dagegen vorgegangen wird.

Was ich zu dem Zeitpunkt noch nicht wusste, war die Tatsache, dass die WHO drei sehr große Studien losgetreten hat, und zwar Ende März / Anfang April, in der diverse Substanzen getestet werden sollten, unter anderem eine, die heißt Hydroxychloroquin, das bekannte alte Malaria-Präparat, was relativ untoxisch ist, wenn man es in einer normalen Dosis anwendet, 200 mg. Wir kennen das aus der Rheumatologie, ich selbst habe das bei vielen Patienten angewendet früher. Das ist relativ wenig toxisch, wird über viele Jahre gut vertragen und hilft bei einer rheumatischen Erkrankung durchaus. Aber in diesem Fall war es so, dass dieses Präparat in einer Dosis von 2,4 Gramm am ersten Tag eingesetzt wurde. Das sollte eben geprüft werden in den großen WHO-Studien. Eigentlich müsste man da stutzig werden, wenn man 12 Tabletten am ersten Tag einsetzt, und einige Kollegen sind auch stutzig geworden und haben den Leiter der WHO damals oder später dann gefragt, wie er eigentlich auf diese hohe Dosis gekommen ist. Und da hat er so gesagt: Naja, Covid-19 sei eine neue Erkrankung. Da müsste man schon mal mit irgendetwas anfangen und er hätte sich so ein bisschen danach gerichtet, wie man früher die Amöben-Ruhr behandelt hätte. Und da sagte ein anderer Kollege, also er hätte viel Amöben-Ruhr behandelt früher, aber nie mit Hydroxychloroquin sondern mit Hydroxychinolin. „I think he confused it = Ich denke, er hat es

verwechselt“, hat er gesagt. Dieser Mann ist gefährlich, aber da war das schon gelaufen. Also die Studien waren schon durch und das toxikologische Problem an dieser Substanz ist Folgendes: Es wird in niedrigen Dosen gut vertragen. Es hat aber eine sehr geringe therapeutische Breite, d. h., wenn Sie es zu hoch dosieren, gibt es schwere Herzrhythmusstörungen bis hin zum Kammerflimmern. Das heißt, das ist gleichbedeutend mit einem Herzstillstand, und der Patient schläft sofort ein. Und die Dosen, die hier verwandt wurden, also 2,4 Gramm, gefolgt von 800 mg jeden Tag für insgesamt 10 Tage, bedeuteten, dass der Patient dann ungefähr 5 Gramm Hydroxychloroquin inkorporiert hat. Die Substanz kumuliert eben auch noch, d.h. sie wird nicht so schnell ausgeschieden wie sie zugeführt wird. Und damit sind Sie mitten im toxischen Bereich, und das kann eben Kammerflimmern auslösen, und genau das ist offensichtlich passiert.

Das wurde natürlich auch bemerkt. Die Studien wurden sofort gestoppt. Die brasilianische Studie, da gibt es einen Bericht darüber: „Brasilien stoppt Hochdosis Hydroxychloroquin“. Das war natürlich aufgefallen, in England ähnlich, wurde gestoppt.

Es gab dann auch Arbeiten, die zeigten, dass die Hydroxychloroquin(Studien-)arme (Personen, welche im Rahmen einer Studie mit HCQ behandelt wurden) eine deutlich erhöhte Exzess-Mortalität hatten, eine Übersterblichkeit hatten. Es starben eben an Hydroxychloroquin doppelt so viele wie an nicht Hydroxychloroquin(Studien-)arme. Das ist hier im Lancet zu sehen zum Beispiel. Diese Studien, die ursprünglich publiziert waren und dann auch Nachhall in unseren Medien hatten - ich hörte das damals im Radio auch, dass möglicherweise die Therapie mit Hydroxychloroquin eine Übersterblichkeit verursacht hätte in Frankreich und England – verschwanden ganz schnell wieder.

Weil man sich dann natürlich gesagt hatte, das können wir eigentlich der Allgemeinheit nicht zumuten, also das wird vertuscht. Die Studien wurden zurückgezogen, sowohl im New England Journal als auch im Lancet. Und mittlerweile ist das offizielle Narrativ, Hydroxychloroquin ist raus, es hat nicht geholfen.

Das, was wirklich passiert ist, wird natürlich nicht berichtet. Also, dass hier sicherlich zahllose Menschen, die diese fehlerhafte Dosis bekommen haben, an Kammerflimmern gestorben sind, das wird nicht berichtet.

Ich denke aber, dass es wichtig ist, zu wissen, weil genau dieser dramatische Übersterblichkeitsanstieg im April diese maßlose Angst verbreitet hat zusammen mit von der Presse unterstützten Bildern wie Sarg-Stau in Bergamo oder Militär hilft beim Abtransport von Leichen oder Massengräber in New York, und solche Geschichten wurden ja dann berichtet. Und zusammen mit hektischen Abläufen auf Intensivstationen, die Sie jeden Tag an jeder Intensivstation machen können. Aber auch jetzt wird das wieder benutzt, diese bildlichen Panikinstrumente, die wirklich sitzen. Also mit Bildern können Sie die Leute wirklich beeindrucken. Und gerade mit intensivmedizinischen Bildern, wo Leute bäuchlings, also auf dem Bauch, liegen und beatmet werden und dann gleichzeitig einen Kollegen vor die Kamera bitten, der dann darüber berichtet, was für einen schweren Krankheitsverlauf er hatte. Ist kürzlich in einer weit verbreiteten Sendung hier passiert. Da wurde er interviewt und hat also berichtet, wie schwer er erkrankt sei an Covid-19. Es sei zwar ein atypischer Verlauf gewesen. Gleich am nächsten Tag oder zwei Tage später hatte er schon Lungenschmerzen und Atemnot. Wenn man sich das ohne diesen Covid-Test vorstellt, dann wäre das ein ganz normaler Verlauf einer Lungenentzündung gewesen. So wurde er also eine halbe Stunde vor der Kamera interviewt, um der Bevölkerung zu zeigen, wie schwer Covid-19 auch bei relativ jungen Menschen verlaufen kann. Also eine Angstmaschinerie, die so in der Realität eigentlich überhaupt keinen Widerhall findet.

Interviewer: Das heißt, um nochmal auf die Anfangsfrage zurück zu kommen, dass die

Aussage, die Sie getätigt haben, eine Testpandemie, damit zusammenhängt, dass Sie sagen, weil darauf getestet wird, deshalb haben wir auf einmal auch diese positiven Ergebnisse, deswegen diagnostizieren wir diese Krankheit, sage ich jetzt mal ein bisschen überspitzt vielleicht.

Dr. Köhnlein: Ja, das Problem mit dem Test ist eben der PCR-Test. Der Polymerase-Kettenreaktions-Test. Ich habe den Erfinder dieser Methode noch persönlich kennengelernt, nämlich Kary Mullis. Damals als wir über die AIDS-Problematik diskutierten, und wir haben damals genau mit ihm das Problem dieses Testes diskutiert. Und er hat es ganz klar gesagt: Dieser Test ist nicht geeignet, eine Krankheit zu diagnostizieren, weil er viel zu empfindlich ist. Sie können damit ein Molekül oder ein Virus nachweisen und das dann amplifizieren. Das bedeutet nicht, dass der Patient krank ist oder auch nicht, dass er infektiös ist. Und das genau wird aber jetzt vermutet. Und auf dieser Basis finden unsere ganzen abwegigen Maßnahmen statt wie Masken tragen, Abstand halten usw. usf. Man bräuchte den Test nur vom Markt zu verbannen und dann wäre das Leben wieder in völlig normalen Bahnen. Ja, dann wäre die Krankheitsaktivität wie sie immer war. Wir haben keine Seuche, sondern wir haben tatsächlich nur eine Testseuche im Moment, unter der wir leiden und den abwegigen Maßnahmen, die dagegen in Gang gesetzt werden.

Interviewer: Sie haben ja das gerade auch kurz beschrieben, dass dieser Test nicht, also er diagnostiziert oder kann zeigen, dass eine gewisse Gensequenz dieses Virus vorhanden ist, die dann ja vervielfacht wird, um dadurch eine Aussage zu treffen, wie hoch ist die Viruslast. So ist ja die Argumentation. Trotzdem gibt es ja viele Menschen, die positiv auf Corona getestet werden, die aber gar nicht krank sind, die keine Symptome haben. Trotzdem sind diese Fälle meldepflichtig. Sie erscheinen auch in den Statistiken, in den Zeitungen. Überall kann man sie lesen. Beim RKI auf der Webseite werden sie ja auch tagtäglich aktualisiert. Aber es wird nicht unterschieden zwischen Menschen oder Bürgern, die tatsächlich krank sind, die auch Symptome aufweisen, und zwischen denen, die halt symptomlos positiv getestet sind. Wie beurteilen Sie diese Berichterstattung? Weil das macht ja auch etwas mit einem, man hört immer von so und so vielen Neuinfizierten, die Inzidenz von so und so viel Zahlen pro Tag ist viel zu hoch. Deswegen werden ja die Maßnahmen eingesetzt.

Dr. Köhnlein: Ja, das ist genau das Problem dieser Testseuche. Es wird nur noch von Fällen geredet, von Fallzahlen und das sind eben positiv Getestete. Und was ganz zu Anfang auch schon immer nicht berichtet wurde, ist die Anzahl der Tests. Es wurde nur von positiv Getesteten berichtet. Ich kann mich noch gut erinnern, im März, dritte oder vierte Märzwoche, ging die Zahl der positiv Getesteten plötzlich rapide hoch. Das lag aber daran, weil die Zahl der durchgeführten Tests rapide hochgegangen ist, nämlich von 100 auf 300 Tausend. Der Prozentsatz blieb fast gleich, stieg ganz leicht an, weil die Corona-Aktivität im Winterhalbjahr so einen gewissen Verlauf hat, den wir schon kennen. Corona-Viren sind ja nichts Neues. Und ich würde mich da Herrn Drosten anschließen, der da auch anfangs gesagt hat, also ein Corona-Virus ist ein Husten-Schnupfenvirus. Das ist eigentlich nichts Besonderes. Er hat ja von Medizin, wie er selber sagt, überhaupt keine Ahnung. Er sagte selber mal in einem Interview: Wenn Sie krank sind, kommen Sie bitte nicht zu mir. Und dann hat man ihm wahrscheinlich mal schwere Fälle gezeigt, also die wurden ja publiziert, schwere Pneumonien, wo sich die Lunge sozusagen auflöst. Ich habe noch eine Publikation aus dem „Nature“ gesehen, wo gezeigt wurde, wie der Patient innerhalb von 10 Tagen verstarb. Der hatte einen doppelseitigen Pneu und das wurde dann natürlich propagiert, dass diese Krankheit durch Covid-19 entstanden ist. Dabei frage ich mich, wie man so etwas

machen kann. Ich meine, 100 Tausend von Fällen sprechen dagegen, dass Covid-19 so verläuft. Und diese eine Kasuistik, wo ein doppelseitiger Pneu, also die Lunge ist auf beiden Seiten kaputt gegangen, geplatzt sozusagen, wie man das mit Covid-19 in Zusammenhang bringen soll. Und da kommt eben wieder Kary Mullis Argument: Mit diesem Test kann man keine Krankheit diagnostizieren. Der kann Covid-positiv sein. Das hat aber nichts mit dieser Krankheit zu tun.

Interviewer: Aufgrund der medialen Berichterstattung haben ja viele Menschen zumindest Respekt vor dem Corona Virus, einige haben auch wirklich Angst vor dieser Erkrankung. Die Todeszahlen, die uns in den Medien jetzt überall präsentiert werden, wie z.B. jetzt in den USA über 250 Tausend Corona Tote, die zu verzeichnen sind. Wie interpretieren Sie diese Zahlen? Haben Sie dafür eine Erklärung?

Dr. Koehnlein: Ja, diese Zahlen werden mir ja auch in viertelstündlichem Takt sozusagen über Deutschlandfunk eingehämmert. Wenn ich Auto fahre, höre ich immer Deutschlandfunk, und dann hören Sie immer, dass die Zahl der Neuinfizierten wieder einen neuen Höhepunkt erreicht hat und die Zahl der Todesfälle auch. Das erschreckt den Normalverbraucher ja, muss man sagen, wenn die Zahl der Todesfälle auch immer weiter ansteigt. Was hierbei nicht bedacht wird, ist die Tatsache, dass die Daten einfach kumulativ berichtet werden, also sie addieren von einem auf den anderen Tag die neu dazugekommenen Toten auf, d.h. die Zahlen die können nicht runtergehen, die können nur ansteigen. Und das ist ein Instrument, um die Menschen wirklich zu verängstigen. Das hat nichts mit höherer Sterblichkeit zu tun. Es sterben ja in Deutschland pro Tag 2.600 Menschen, ja, und wenn sie da eine Test-Pandemie auf Deutschland loslassen, dann sind da natürlich auch etliche dabei, die mit oder an Covid-19 sterben – so wird's ja auch berichtet fairerweise, mittlerweile, dass mit oder an – aber die meisten überhören das und denken, die sind an Covid gestorben, und die Zahl der Toten steigt immer weiter an. Das ist das, was bei den meisten Leuten ankommt. Die Information bestimmt der Empfänger, heißt es ja immer, und wie gesagt, das kommt an, dass die Zahl der Toten immer weiter ansteigt, und den meisten Menschen ist nicht klar, dass das gar nicht anders geht, wenn man kumulativ berichtet. Ja.

Interviewer: Ja, und das bedeutet aber, wenn man jetzt mal die Zahlen der USA nimmt, mehr als 250 Tausend Corona Tote. Sie haben gerade selber gesagt. Es gibt die Diskussion: Sind sie an Corona gestorben, sind sie mit Corona gestorben? Sind diese Zahlen alles Tote, die durch Corona verstorben sind oder an Corona verstorben sind, oder sind diese Zahlen einfach mit Corona zusammengerechnet?

Dr. Koehnlein: Ja. Also, mit diesen Zahlen kann man überhaupt nichts anfangen. Es war ja Herr Professor Püschel - er war der Erste, der darauf hingewiesen hat, der Rechtsmediziner in Hamburg, der ja Leichen gegen die Empfehlung des Robert-Koch-Institutes seziiert hat und untersucht hat, und er sagte ganz klar, ohne den Test wäre ihm gar nichts aufgefallen. Also die sind an natürlichen Todesursachen gestorben, hatten alle ihre schweren Vorerkrankungen, an denen man dann irgendwann einmal stirbt. Was ja auch immer nicht bedacht wird, ist, dass das mittlere Sterbealter der Betroffenen über der mittleren Lebenserwartung liegt, ja. Also das mittlere Sterbealter liegt bei 82 und die mittlere Lebenserwartung liegt bei 80. Also, auch daran können Sie sehen, dass das kein Phänomen ist, diese Covid-19-Erkrankung, vor der die allgemeine Bevölkerung in irgendeiner Form Angst haben muss, sondern wir sterben – das Leben ist endlich - und im Schnitt mit 80 Jahren, das ist dann für den einen oder anderen nicht mehr so lange hin, ja, dann denkt er sich natürlich: „Oh, wenn ich jetzt noch Covid-19 krieg“, dann geht's direkt in die Kiste! Ja.“ Was aber natürlich Unsinn ist. Also wir sterben, weil das Leben einfach endlich ist und nicht an Infektionskrankheiten. Das kann die Statistik zeigen, wir sterben zum großen Teil an Krebs, zum größeren Teil an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Infektionskrankheiten

bleibt gerade 1 Prozent übrig.

Interviewer: Und in den Zahlen, die jetzt von den Gesundheitsämtern an die Medien oder auch ans RKI gemeldet werden, wird da unterschieden zwischen an Corona oder mit Corona Verstorbenen oder sind das einfach die Patienten, die verstorben sind, oder die Menschen, die verstorben sind, wo ein positiver COVID-Abstrich erfolgt ist bzw. das Ergebnis ist positiv, also sprich, sie haben Corona, und sind das diese Menschen, die dann als Corona Tote gelten oder gibt es da noch eine Differenzierung?

Dr. Köhnlein: Das sind die Corona-Toten, die mit oder an Corona verstorben sind. Also das sind die Corona-Toten, die da gezählt werden, ob die mit oder an Corona gestorben sind, wird da nicht mehr differenziert, sondern das sind die Corona-Toten. Und ich hatte jetzt gerade kürzlich, ist ein Patient von mir verstorben, da hatte ich, musste ich hin, den Tod feststellen bei einem 86-jährigen Patienten, und dann kriegte ich plötzlich einen Anruf von einem Angehörigen, dass der Gesundheitsamtsarzt wollte die Leiche noch nicht freigeben und der wollte mich noch Mal sprechen. Und dann dachte ich mir schon: Na, der will mich wahrscheinlich fragen, woher ich eigentlich weiß, dass diese Leiche nicht infektiös ist. Mit anderen Worten ob ich einen Abstrich gemacht habe, den ich nicht gemacht habe, weil ich kannte den Verlauf. Für mich war das ein natürlicher Tod, schwer herzkrank, da kann man schon mal eine Herzrhythmusstörung kriegen, eine tödliche. Er hat nicht angerufen, will ich damit nur sagen. Nur andere Leute machen dann so einen Test noch bei toten Menschen. Das ist mehrfach vorgekommen, die an Krebs gestorben sind, haben noch Mal auf COVID getestet und wenn der Test dann positiv ist, dann ist das ein weiteres Corona Opfer. So kommen diese Zahlen zustande.

Interviewer: Auf diese Weise kommen dann auch diese hohen Zahlen zustande. Ok. Es wird ja auch berichtet oder diskutiert, dass Corona zehn Mal gefährlicher sei als die normale Influenza. Gibt's da Belege dafür oder ist das einfach nur ein „Gerücht“, sage ich mal, was sich irgendwie in der Bevölkerung oder auch durch die Medien verbreitet, oder ist da tatsächlich was dran?

Dr. Köhnlein: Das sind Zahlen vom Robert Koch Institut und von der WHO, die behaupten, dass die COVID-19 Erkrankung zehn Mal gefährlicher als die Influenza sei und dass wir deswegen diese Maßnahmen treffen müssen. Die gehen mit auf diese Übersterblichkeit im April zurück. Und wenn sie diese über das ganze Jahr ermitteln, dann finden sie da keine höhere Letalität. Also die Letalität ist ja der Anteil derer, der an der Erkrankung verstirbt. Wird mit 3% angegeben von der WHO und mit 0,3% von Prof. Ioannidis, der gerade eine längere Arbeit veröffentlicht hat und viele Arbeiten zusammen gefasst hat weltweit, um die Letalität der Erkrankung zu erkennen, und der kommt eben auf ganz andere Zahlen. Der kommt auf Zahlen, die im Bereich der saisonalen Grippe liegen.

Interviewer: In seltenen Fällen sterben ja auch jüngere Menschen an Corona. Haben sie da eine Erklärung dafür, womit das zusammenhängen könnte? Ist das ein Ausdruck dafür, dass diese Erkrankung doch gefährlicher ist oder hat's vielleicht andere Ursachen?

Dr. Köhnlein: Wie Sie schon sagen, in seltenen Fällen sterben auch mal junge Patienten an Virus- Erkrankungen, aber es ist tatsächlich extrem selten. Ich habe auch eine Tochter, die wäre auch fast im Alter von einem Jahr an einer Virus-Erkrankung gestorben. Sie hatte eine schwere Myokarditis und ich konnte mich Gott sei Dank auch dagegen verwehren, irgendwelche immunsuppressiven Maßnahmen da an sie ran zu lassen. Das wurde nämlich tatsächlich auch erwogen. Aber wie gesagt, es ist relativ selten und man muss befürchten, also, ich kenne einige Kasuistiken jedenfalls, von denen mir berichtet wurde – z.B. kürzlich ein Patient im Libanon. Ein Patient erzählte mir, der wohl einen Freund hatte, der von diesem Fall wusste. Der war 30 Jahre und ist gestorben an COVID-19. Und dann habe ich ihn

gebeten mal rauszukriegen, wie der behandelt worden ist. Und das hat er rausgekriegt und dann hat er mir erzählt, erst Dexamethason, Remdesivir und dann Tocilizumab. Das sind alles Substanzen, von denen nicht belegt ist, dass sie nutzen. Von Remdesivir ist es mittlerweile eigentlich klar, dass es nichts bringt. Ist gerade in der „WELT“ ein großer Artikel zu erschienen: „Die größte Enttäuschung ist mit Abstand das schlechte Abscheiden von Remdesivir“. Dummerweise hat sich die EU mit einer halben Million Dosen eingedeckt, dafür gleich mal 1,2 Milliarden Euros ausgegeben. Aber dieses Medikament ist ein sogenanntes Nukleotid-Analogon. Das kommt also direkt aus der Kiste der Chemotherapie. Ist ein ganz alter Wirkungsansatz ähnlich wie das Retrovir bei der AIDS-Therapie damals. Damit hemmen sie die Immunantwort des Wirtes und sie können auch das Virus damit treffen. Aber wie ein englischer Kollege mal sagte: „It's like hunting bunnies with neutron bombs“. Also Hasenjagd mit Neutronenbomben. Man kriegt die Hasen, aber man kriegt noch einen Haufen anderer Probleme zur gleichen Zeit.

Interviewer: Ist das dann einzuordnen ähnlich wie – Sie hatten vorhin schon mal das Thema Übertherapie angesprochen. Mit welchen Medikamenten behandle ich diese Erkrankung. Ich sag mal auf Verdacht hin. Das ist eine neue Krankheit, deswegen muss man, ich sag mal, mit hohen Dosen arbeiten.

Dr. Köhnlein: Ja.

Interviewer: Und daraus resultieren dann eben auch Ergebnisse, wie z.B. das Versterben von Patienten, die eigentlich gesund sind, aufgrund einer Überdosis die dann giftig, also toxisch wirkt und im Endeffekt wird es vielleicht dargestellt als Corona-Tote, obwohl sie noch so jung waren. Weil das Thema Therapie nicht betrachtet wird.

Dr. Köhnlein: Also, wir haben das auch schon bei der ersten SARS-Epidemie gesehen. Der Erfinder dieses Syndroms Carlo Urbani, das ist ein italienischer Arzt, der eines der ersten SARS-Opfer war von damals, die SARS-Epidemie. Das war publiziert im „Lancet“. Da wurde auch publiziert, wie er behandelt worden ist. Der hat eine Hochdosis Ribavirin bekommen, das ist auch ein Nukleotid-Analogon, ein Nucleosid-Analogon, das ist das Gleiche in grün, in hoher Dosis mit Interferon und mit anderen immunsuppressiven Substanzen in der Hoffnung, ihn zu retten natürlich. Aber das ging auch schief, der ist auch gestorben. Es ist als Arzt immer schwierig, neben einem kritisch kranken Patienten zu stehen und therapeutischen Nihilismus zu predigen. Das ist wirklich eine schwierige Situation. Obwohl es manchmal die beste Option ist, muss man ja sagen. Therapeutische Zurückhaltung ist bei Virusinfekten meistens die beste Position. Und das ist heutzutage immer schwieriger durchzuhalten. Gerade wenn sie dann auch noch in den Medien propagieren, dass ein Interleukin-Sturm, ja, wird gesagt, den die Patienten erleiden. Ein Interleukin-Sturm ist nichts weiter als die Abwehrreaktion des Immunsystems. Und wenn man die effektiv ausbremst mit sogenannten Interleukin-Inhibitoren, die noch in der Pipeline stehen von dem Verband forschender Arzneimittel. Wenn Sie darein gucken, was da noch alles auf uns zukommt, wird Ihnen ganz schlecht. Das sind alles Interleukin-Inhibitoren, die hochpreisig auf den Markt kommen sollen. Aber eben effektive Immunsuppressiva sind. Das können Sie sehen, wenn Sie sich den Beipackzettel durchgucken. Da muss man erstmal ausschließen, dass der Patient Tuberkulose hat oder hatte, um eine Reaktivierung einer Tuberkulose zu verhindern. Daran sehen Sie schon, den Leuten ist eigentlich bekannt, dass das schwere Immunsuppressiva sind. Aber ihnen ist scheinbar unklar, was sie damit anrichten, wenn sie das auf Patienten mit einem akutem Virusinfekt geben, der nun gerade dabei ist, alle seine Immunkräfte zu

bündeln, um gegen das Virus vorzugehen.

Interviewer: Das heißt, dieser Sturm des Körpers, des Immunsystems, um eben diese Viren, die in den Körper eingedrungen sind oder ihn zu erkranken, bedrohen, zu bekämpfen, ist eine ganz normale Reaktion des Immunsystems, die man vielleicht nicht unterdrücken sollte.

Dr. Köhnlein: Das ist meine Auffassung. Ja, genau.

Interviewer: Zu Beginn der Corona-Pandemie war man ja auch der Auffassung, diverse Forscher, auch der Herr Fauci hat das ja selber auch gesagt, dass das Immunsystem keine Möglichkeit hat, gegen das Corona-Virus irgendwie zu kämpfen, das zu besiegen, dem standzuhalten. Mittlerweile ist man ja ein bisschen schon davon wieder abgekehrt und sagt: Doch, es gibt mittlerweile Erkenntnisse, dass das Immunsystem eines gesunden Menschen sehr wohl in der Lage ist, sich dagegen zu wehren. Wie beurteilen Sie das? Ist der gesunde Mensch oder überhaupt der Mensch, das Immunsystem, was ja jeder Mensch besitzt, in der Lage, diese Erkrankung zu stoppen, dieses Virus irgendwie in den Griff zu bekommen?

Dr. Köhnlein: Ja, das war Faucis ursprüngliche Aussage. Covid-19 ist ein schrecklicher Feind gegen das die Menschheit kein Immunsystem hat. So hat er sich hingestellt. Und wahrscheinlich hat er das weltweit verbreitet. Sie sind alle gut vernetzt und die Regierungsoberhäupter haben ihm das abgekauft. Und wenn ich so Frau Merkel sehe, damals, wie sie das so durchgesagt hat: „Liebe Freunde, die Lage ist ernst, bitte nehmen Sie sie ernst“. Entweder hat sie es gut gespielt oder sie hat es wirklich so gemeint. Sie war damals verängstigt, möglicherweise durch die Aussage von Fauci. Jedenfalls hat sich das ja nicht bestätigt, überhaupt nicht, dass die Menschheit kein Immunsystem gegen COVID-19 hat. Erkennbar an den zahllosen Fällen, die völlig blande verlaufen, die zum Teil ohne Symptome verlaufen. Da kann man sich dann fragen ob der Test falsch-positiv ist, aber nehmen wir mal an, er ist korrekt und die Patienten haben keine Symptome wie bei jeder anderen Virus-Erkrankung auch. Die läuft manchmal inapparent, sie werden klinisch gar nicht krank, haben trotzdem Antikörper gegen das Virus dann und leben mit dem Virus, und das ist das Problem, was ich sehe, dass hier im Moment der völlig falsche Weg eingeschlagen wird. Insofern als Patienten sich distanzieren und Maske tragen. Das führt dazu, dass das Immunsystem nicht mehr trainiert wird und es eher zu einer Schwächung kommt gegenüber dann möglicherweise irgendwann wiederkommenden Mikroben. Sondern es muss ständig trainiert werden, wir müssen ständig Austausch haben, wir müssen mit Viren leben und das ist auch, wie die Evolution sagt, seit Jahrzehnten oder Jahrhunderten kein Problem.

Interviewer: Das heißt, ein normales Immunsystem ist sehr wohl in der Lage auch das Corona Virus zu bekämpfen und nicht daran zu versterben.

Dr. Köhnlein: Das ist so, die Erfahrung machen wir ja.

Interviewer: Okay. Und es wird ja so allerorts die Impfung, sag ich mal, als Hoffungsbringer dargestellt und erwartet. Wie beurteilen Sie das? Ist dann eine Impfung überhaupt notwendig oder ist es nur für gewisse Personengruppen notwendig, die als Risikogruppe eingestuft sind?

Dr. Köhnlein: Ja, also diese Impfung ist natürlich ein hoch riskantes Experiment, die da anläuft, weil einfach viel zu wenig Probeläufe stattgefunden haben. Notwendig scheint sie mir überhaupt nicht zu sein, weil wie gesagt, diese Corona Viren Viren sind, mit denen wir ohne weiteres leben können und lieber auf eine generelle Durchseuchung dringen sollten, indem wir uns eben wieder ganz normal verhalten und ohne Maske uns bewegen sollten und wieder ganz normalen Abstand haben. Man kann sich zur Begrüßung auch meinetwegen

gerne küssen. Es ist jetzt eine dänische Masken-Studie gerade rausgekommen, die auch gezeigt hat, dass Maskentragen ineffektiv ist. Da haben sie eine Arbeit gemacht, von der ich sagen würde, das ist ein vernünftiger Versuchsaufbau. Sie haben eine Population mit Maske laufen lassen und eine Population ohne Maske laufen lassen und haben hinterher ausgezählt und das Ergebnis war kein statistischer, signifikanter Unterschied. Also, jetzt wundert man sich hier zu Lande im Moment gerade in Kiel, die Fallzahlen steigen wieder, obwohl ja alle fleißig Maske tragen. Das wäre die Erklärung: Es hilft nichts dagegen, sondern Viren breiten sich halt aus und die kann man mit Masken letztlich auch nicht abhalten.

Interviewer: Sie sprachen von einer Testpandemie, die durch Tests verursacht wird letztendlich. Sie haben das Beispiel von dem HIV-Test gebracht. Gibt es in der Geschichte der Medizin schon mal ähnliche Erkrankungen oder Pandemien, Epidemien, die durch solche Testreihen ins Leben gerufen worden sind, bzw. dann beendet wurden, indem man wieder aufgehört hat damit? Ist so etwas belegt?

Dr. Köhnlein: Ja, es gab vor Jahren eben schon einmal einen Bericht in der New York Times über so ein Problem von Gina Kolata: Faith in Quick Test Leads to Epidemic That Wasn't. Der Glaube an einen Schnelltest auf PCR-Basis führte zu einer Epidemie, die in Wirklichkeit nicht da war. Es ging damals um Keuchhusten. In einer Klinik hatten mehrere Mitarbeiter hartnäckig gehustet. Der eine dachte dann, das könnte der Beginn einer Keuchhustenepidemie sein. Und auch gegen Keuchhusten gibt's einen PCR-Test, einen Abstrichtest. Der wurde dann großflächig eingesetzt, die ganze Klinik durchgetestet und da waren auch etliche dabei, die positiv waren. Auch manche die husteten, aber auch manche, die nicht husteten. Also, das war sehr unterschiedlich. Und dann hat man die CDC auf den Plan gerufen, die Seuchenbehörde der Vereinigten Staaten, und die haben dann versucht, den Erreger nachzuweisen – Bordetella pertussis – und haben ihn in keinem Fall gefunden. Und das führte dann zu der Erkenntnis, dass der Glaube an diesen Schnelltest eine Epidemie vorgetäuscht hat, und das erleben wir gerade weltweit.

Interviewer: Sie haben jetzt gerade Schnelltest gesagt, sie haben auch PCR-Test gesagt. Es gibt ja jetzt für Covid-19 auch einen Schnelltest. Es gibt einen PCR-Test. Sie reden aber vom PCR-Test...?

Dr. Köhnlein: Ich rede vom PCR-Test.

Interviewer fährt fort: ...der eingesetzt wurde und letztendlich das eigentliche Virus, der eigentliche Krankheitsverursacher, gar nicht gefunden wurde?

Dr. Köhnlein: Genau.

Interviewer: Okay, vielen Dank.

Interviewer: Könnte es ähnlich sein jetzt auch mit Covid-19?

Dr. Köhnlein: Das ist zu befürchten, dass das das gleiche Problem ist. Wir haben ja eine ausgedehnte, eine weltweite Pandemie durch den Test, der weltweit eingesetzt wird. Wir sehen wieder zahllose Patienten, die asymptomatisch sind. Manche mit leichten Erkrankungen, die wir immer gesehen haben. Wir sehen vor allem keine Neuerkrankung. Wir sehen natürlich auch Menschen mit Lungenentzündungen. Ob das ursächlich mit diesem

Test zusammenhängt ist die zweite Frage, weil wie gesagt, der Erfinder sagt: Nicht geeignet, um so etwas festzustellen. Und im Sinne der Koch'schen Postulate, also man müsste ja dann den Erreger isolieren, beim Versuchstier die gleiche Krankheit auslösen, so wie Robert Koch das ja mit dem Tuberkelbazillus gemacht hat. Das waren noch klare Richtlinien, an denen man dann den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Erregernachweis und der Krankheit herstellen konnte. Das findet heute alles nicht mehr statt.

Interviewer: Das heißt zu Covid-19 wurde der Erreger zumindest noch nicht in einer Studie veröffentlicht oder der Erreger nicht eindeutig isoliert.

Dr. Köhnlein: Ob er isoliert wurde? Es gibt Bilder von diesen Coronaviren. Ich habe einmal in meinem internistischen Lehrbuch nachgesehen, weil meine Tochter etwas zu Hepatitis wissen sollte, und da habe ich ein Bild gefunden von einem Hepatitis-Virus, was als Hepatitis-A-Virus bezeichnet wurde. Das sah exakt so aus wie ein Corona-Virus. So ein kleines rundes Partikelchen mit diesen ganzen kleinen Zacken da drumherum. Insofern ist es immer schwer, sich auf irgendwelche Bilder zu verlassen. Aber mag sein, dass sie das Virus isoliert haben, möglich ist alles, aber die Koch'schen Postulate haben sie jedenfalls nicht erfüllt.

Interviewer: Okay. Herr Dr. Köhnlein, dann danken wir Ihnen herzlich für Ihre Zeit, dass wir dieses Interview mit Ihnen durchführen durften und würden uns dann an dieser Stelle verabschieden. Vielen Dank!

Dr. Köhnlein: Ich danke auch.

von ch/ts

Quellen:

Erwähnte Studien im Interview mit Dr. Köhnlein:

Dänische Studie zeigt Wirkungslosigkeit von Masken gegen SARS-CoV-2

<https://lehrer-fuer-aufklaerung.de/allgemein/aus-der-wissenschaft-daenische-studie-zeigt-wirkungslosigkeit-von-masken-gegen-sars-cov-2>

Studie:

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

DAZ.online

Brasilianische Studie stoppt Hochdosis-Gabe von Chloroquin

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/16/brasilianische-studie-stoppt-hochdosis-gabe-von-chloroquin>

Coronavirus: Französische Arzneimittelbehörde warnt vor Hydroxychloroquin

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/03/31/behoerde-in-frankreich-warnt-vor-nebenwirkungen-von-chloroquin>

EUROMOMO Sterblichkeitsstatik

<https://forschungsplattform.com/euromomo-sterblichkeitsstatistik/>

Gina Kolata:

Faith in Quick Test Leads to Epidemic That Wasn't (22.01.2007)

<https://www.nytimes.com/2007/01/22/health/22whoop.html>

John P. A. Ioannidis:

Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v3.full.pdf>

WELT online

Michael Brendler:

WHO-Studie zu Covid-Behandlung - Die größte Enttäuschung ist mit Abstand das schlechte Abschneiden von Remdesivir(16.10.2020)
<https://www.welt.de/gesundheit/plus218010692/Remdesivir-WHO-Studie-findet-kaum-einen-Nutzen-fuer-Covid-19-Patienten.html>

Das könnte Sie auch interessieren:

#Interviews - www.kla.tv/Interviews

#Coronavirus - www.kla.tv/Coronavirus

#DrClausKoehnlein - Dr. med. Claus Köhnlein - www.kla.tv/DrClausKoehnlein

#PCR-Test - www.kla.tv/PCR-Test

Kla.TV – Die anderen Nachrichten ... frei – unabhängig – unzensiert ...



- was die Medien nicht verschweigen sollten ...
- wenig Gehörtes vom Volk, für das Volk ...
- tägliche News ab 19:45 Uhr auf www.kla.tv

Dranbleiben lohnt sich!

Kostenloses Abonnement mit wöchentlichen News per E-Mail erhalten Sie unter: www.kla.tv/abo

Sicherheitshinweis:

Gegenstimmen werden leider immer weiter zensiert und unterdrückt. Solange wir nicht gemäß den Interessen und Ideologien der Systempresse berichten, müssen wir jederzeit damit rechnen, dass Vorwände gesucht werden, um Kla.TV zu sperren oder zu schaden.

Vernetzen Sie sich darum heute noch internetunabhängig!

Klicken Sie hier: www.kla.tv/vernetzung

Lizenz:  *Creative Commons-Lizenz mit Namensnennung*

Verbreitung und Wiederaufbereitung ist mit Namensnennung erwünscht! Das Material darf jedoch nicht aus dem Kontext gerissen präsentiert werden. Mit öffentlichen Geldern (GEZ, Serafe, GIS, ...) finanzierte Institutionen ist die Verwendung ohne Rückfrage untersagt. Verstöße können strafrechtlich verfolgt werden.