



Meinung ungeschminkt

Coronamaßnahmen: ein Angriff auf Körper und Seele



Prozesserfahrene Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte Deutschlands untersuchen mit verschiedensten Experten, warum die Bundes- und Landesregierungen in Deutschland im Rahmen des Coronavirus-Geschehens beispiellose Beschränkungen verhängt hatten und welche Folgen diese für die Menschen haben. Dazu wurde Doktor Thomas Ly, Spezialist für Infektionskrankheiten, in einer Sitzung zum Thema „Coronamaßnahmen: Ein Angriff auf Körper und Seele“ interviewt. Er schafft es durch seine reiche praktische Erfahrung, dem Zuschauer die Angst vor dem Coronavirus zu nehmen. Jedoch bleibt er ungehört, aber aus welchem Grund?

Das nachfolgend ausgestrahlte Video „Coronamaßnahmen: „der Angriff auf Körper und Seele“

entstand im Dezember 2020 im Rahmen einer mehrstündigen Live-Sitzung des Corona-Ausschusses mit verschiedenen Experten.

Prozesserfahrene Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte Deutschlands führen seit Mitte Juli 2020 den Corona-Ausschuss. Sie untersuchen mit verschiedensten Experten, warum die Bundes- und Landesregierungen in Deutschland im Rahmen des Coronavirus-Geschehens beispiellose Beschränkungen verhängt haben und welche Folgen diese für die Menschen hatten und haben.

Zum Thema „Coronamaßnahmen: Ein Angriff auf Körper und Seele“ wurde auch Doktor Thomas Ly, Pädiater und Spezialist für Infektionskrankheiten, befragt. Er wendet im Umgang mit dem COVID-19-Virus sein reiches praktisches Wissen an. Dieses Wissen hat er sich in Singapur, Moskau, in Indonesiens Urwald und in Thailand angeeignet. In Thailand ist er in der Bangkok Hospital Group, einer Krankenhauskette mit über 40 Krankenhäusern, angestellt. Das Coronavirus wird dort als eines unter vielen anderen Viren angesehen, die Maßnahmen werden entsprechend anders getroffen.

Bevor das Coronavirus Europa erreicht hatte, leitete Thomas Ly Empfehlungen an die Gesundheitsministerien Deutschlands weiter, um der vorhersehbaren Panik entgegenzuwirken. Merkwürdigerweise blieben seine Bemühungen ungehört, wie ein paar Jahre zuvor schon bei einer anderen Empfehlung, die er zu Tuberkulose-Tests an Flüchtlingen gab. Bezüglich Tuberkulose-Tests änderte das Robert Koch-Institut wie auch das amerikanische Pendant CDC, erst ein ganzes Jahr später ihre Empfehlungen auf ihren Internetseiten. Deshalb gründete Thomas Ly die Plattform „Ärzte für Aufklärung“, welche Fachwissen von Ärzten aus aller Welt für jedermann frei zugänglich anbietet, insbesondere Wissen und Erfahrungen über verschiedene Infektionskrankheiten.

Thomas Ly schafft es durch seine reiche praktische Erfahrung, dem Zuschauer die Angst vor dem Coronavirus zu nehmen. Dies im deutlichen Gegensatz zu Regierungen und Medien, die seine Empfehlungen in den Wind schlagen und tagtäglich mit neuen beängstigenden Informationen die Völker einschüchtern. Das untermauert den Verdacht, dass Fachstimmen, die die Angst vor dem Virus nehmen können, bewusst missachtet werden. Es scheint, dass der deutsche Journalist Wolfram Weidner recht hat, wenn er sagt: „Politik machen heißt: Den Leuten so viel Angst einjagen, dass ihnen jede Lösung recht ist.“

Damit die Bevölkerung ein umfassendes Bild zu den Coronamaßnahmen und deren Folgen erhält, braucht sie Fachleute wie Dr. Thomas Ly, die ihr Wissen teilen, doch hören Sie nun selbst:

VORTRAG DR. THOMAS LY – Stiftung Corona-Ausschuss

29. Sitzung – DER ANGRIFF AUF KÖRPER UND SEELE

Ab Minute. 0: 17.34 - 1:47.38

Viviane Fischer: Ja, und herzlich willkommen bei einer weiteren Sitzung im Corona Ausschuss, unsere 29ste heute. Und zwar beschäftigen wir uns mit dem Thema: Der Angriff auf Körper und Seele.

Der Corona Ausschuss wurde im Juli dieses Jahres (2020) gegründet, von vier Rechtsanwälten/-Innen, die wir hier sitzen: Dr. Justus Hoffmann, Antonia Fischer, Dr. Reiner Füllmich und ich bin Viviane Fischer, Rechtsanwältin und Volkswirtin auch.

Ich möchte vorab erstmals sagen: Wir freuen uns über die ungeheure Resonanz, die unsere News-Webseite www.2020news.de erfahren hat und weiterhin erfährt. Wir werden also in den nächsten Tagen auch sehr wichtige Artikel veröffentlichen. Also immer dranbleiben. Wir werden dann auch einen Telegramm-Kanal usw. einrichten, sodass man auch da informiert bleiben kann. Das ist wirklich eine sehr wichtige Seite, die ich bitte, alle gut auf dem Schirm zu behalten.

Dann möchte ich anknüpfen, im Prinzip an die Stimmung, die wir am Ende der letzten Sitzung – zumindest wir hier alle – so wie wir hoffen, verbreitet haben. Wir sind wirklich sehr optimistisch, dass wir uns von diesem Joch in nicht allzu langer Zeit befreien können werden. Wir haben auch heute jemanden bei uns – und zwar ist das Dr. Thomas Ly. Er ist Arzt und er steht der Vereinigung „Ärzte für Aufklärung“ vor, oder ist da auf jeden Fall sehr stark involviert. Und er kann uns Interessantes aus einem anderen Land berichten, wo auch Hoffnung aufkeimen kann wiederum. Herr Dr. Ly, schön dass Sie da sind!

Dr. Reiner Füllmich: Herr Ly, und dann haben wir noch Martin Gerloff, der uns ebenfalls erstaunliche Dinge berichten wird aus gleich drei Ländern – skandinavischen Ländern, oder, Weißrussland ist nicht wirklich skandinavisch. Aber Schweden und Finnland sind Skandinavien.

Aber jetzt fangen wir erst mal an mit Dr. Ly. Herr Ly, können Sie uns kurz Ihren Hintergrund schildern? Woher kommen Sie? Was machen Sie? Wieso sind Sie in Thailand?

Dr. Thomas Ly: Also, jetzt bin ich ja gerade hier. Ich komme aus der Pädiatrie, habe lange Zeit im Ausland gelebt – in Singapur, Moskau – und habe dann auch in Indonesien gelebt und mich dort weitergebildet. Meine Fachausbildung habe ich in Singapur gemacht. Ich habe mich spezialisiert auf Infektionskrankheiten und – ja, Deutschland fand ich nicht attraktiv zum Arbeiten, als Arzt insbesondere nicht und habe das auch deshalb nie gemacht. Irgendwie ergab es sich dann, dass ich im Ausland tätig war, weil ich internationale Klienten habe. Und so hat es mich dann irgendwann mal vor vielen, vielen Jahren nach Thailand geführt. Dort habe ich die Bangkok Hospital Gruppe kennengelernt. Eine sehr moderne Klinik, ein sehr modernes Konstrukt. Es ist die Bangkok Dusit Medical Services Group. Die hat 48 Krankenhäuser in Thailand, im Schnitt 12.000 Ärzte, 10.000 Krankenschwestern. Das Haupthaus ist in Bangkok mit dem Campus und es ist eine der modernsten Kliniken weltweit.

Das verlockt natürlich, dort zu arbeiten, weil dort sind wir auf dem modernsten Stand der Wissenschaft. Und wir verlassen uns auch nur auf Wissenschaft! Das zeigt sich halt gegenwärtig in der Corona-Krise ganz besonders.

Vor vielen, vielen Jahren haben wir in Bangkok angefangen, Infektiologie zu implementieren, weil es klar war, dass infektiologische Krankheitsbilder ein großer Hemmfaktor in der Hochleistungsmedizin sind. Wir sehen es hier in Krankenhäusern auch:

Die Leute gehen ins Krankenhaus, kriegen eine Infektion obendrauf, und dann beginnen die großen Probleme. Das ist in der Infektiologie immer so. Wenn ich eine Krankheit habe und bekomme noch eine Krankheit obendrauf – das ist dann eine Supra-Infektionskrankheit – dann wird es immer extrem schwierig für den Patienten, weil der Organismus auch damit umgehen muss.

Und so betreibe ich mein berufliches Dasein in Thailand, bin sehr glücklich darüber, denn wenn ich alleine jetzt die Corona-Zahlen vergleiche: Wir haben in Thailand gegenwärtig einen Schnitt von 0,9 mit Corona-Verstorbenen pro 1 Million Einwohner. In Deutschland liegen wir – hab' ich heute Morgen nachgesehen – bei 188 Toten pro 1 Million Einwohner. Im Ursprungsland des Virus – es wird ja immer gesagt, China ist das Ursprungsland dieses Virus – da liegen wir bei 3 pro 1 Million Einwohner.

Wenn es eine Infektionskrankheit ist, die den Menschen befällt, dann müsste sie eigentlich die Menschen auf der ganzen Welt gleich befallen. Sie müsste also in etwa einen gleichen Schaden anrichten in der Bevölkerung. Und das macht Corona in diesem Falle jetzt nachgewiesen nicht. Und da stellt sich für mich die erste Frage: Was ist so neu an diesem Virus?

Wir haben in Bangkok, als es losging im Februar dieses Jahres zusammengesessen und haben gesagt: ein neues Virus? Wir schauen es uns mal an. Was wissen wir über Coronaviren? Und dann haben wir uns die Coronaviren angeschaut. Das ist die Familie der Coronaviridae. Die gehören zur Ordnung der Nidovirales. Aus diesem Grunde haben wir sie auch nicht verglichen mit Influenza, was immer gerne gemacht wird, weil, Influenza gehört zu einer anderen Klasse. Das sind die Orthomyxoviridae. Da haben wir sie nicht damit verglichen, sondern wir haben gesagt: Wenn wir Coronaviren haben, dann vergleichen wir ein neues Coronavirus mit den alten Coronaviren. Und dann haben wir gesagt: Wir schauen uns einfach mal diese vier allgemein bekannten Coronaviren an, die schon lange bekannt sind, seit den 60-er Jahren. Das ist z.B. das OC43. Damals hat man Namen für Coronaviren immer sehr schlaue gewählt. Man hat immer CoV für Coronavirus genommen, und dann einen vierstelligen Code. Und das OC43, das war dann für „Origin Canada“ und das 43ste, was man dort festgestellt hat. Dann gibt es noch das NL63. Das hat NL vorne, weil Holland, Amsterdam. Dann gibt es noch das HKU1, weil HK, Hongkong! Ganz früher gabs auch mal das 229E. Da hat man noch nur mit den einfachen numerischen Varianten gearbeitet. Und im Februar nannte man dann dieses Coronavirus COVID-19, Coronavirus ID-19. Wäre schon mal sehr schlaue! Wir haben uns noch gedacht: Es scheint alles in Ordnung zu sein – können wir locker vergleichen mit den alten Coronaviren! Dann haben wir gesehen, die alten Coronaviren – was machen die? Sie befallen vornehmlich die oberen Atemwege. Warum? Weil das Virus die Temperatur von 33 – 35 Grad liebt. Das ist die beste Temperatur, um sich zu replizieren. Das haben wir in der tiefen Lunge nicht, da ist es nämlich wärmer. Und im oberen Atembereich, da atmet man ja ein und aus, da ist es kühler. Dementsprechend fühlen sie sich da auch viel wohler. Herr Drosten hat das leider erst viel später festgestellt, dass es nur die oberen Atemwege befällt. Das hat uns sehr verwundert!

Normalerweise machen Coronaviren auch keine Fieberschübe. Und, das ist auch etwas, was

wir im Februar schon wussten, was aber danach erst im März, April, Mai hier bei den Top-Medizinern festgestellt wurde. Dann war es ja auch noch so, dass daneben wir das Spikeprotein genannt bekommen haben, wo wir dann gesagt haben: „Warum nennt ihr jetzt das Spikeprotein? Das ist eigentlich der Namensgeber für das Virus. Also, warum redet ihr: Wir haben das Spikeprotein gefunden, wenn es doch das Coronavirus ist.“ Danach hieß es: „Wir haben den Rezeptor gefunden, an den es andockt.“ Schön, aber es ist der gleiche wie bei all den anderen auch! Also, was ist jetzt neu an diesem? Dann haben wir gesagt: „Na gut, vielleicht werden sie irgendwann feststellen, dass es auch den Magen-Darmtrakt befallen kann.“ Komischerweise haben sie das dann auch festgestellt – wir wussten das im Februar schon! Und, bis heute warten wir noch auf den Tag, dass noch irgendeiner sagt: „Es kann auch das Gehirn befallen.“ Denn, eine Enzephalitis durch OC43 ist bekannt. Das ist allseits bekannt, in der Literatur gut beschrieben. Wir haben aber jetzt bei den neuen Coronaviren noch keine Enzephalitiden gemeldet bekommen. Und genauso war es, dass wir auch wussten: Natürlich kann es, wenn ein Virus im Nasen-Rachen-Raum ist und dort eine Infektion hervorruft, dann wird natürlich auch der Riechnerv betroffen, weil, der ist ja in der Nase. Und jeder von uns kennt das ja auch. Wenn ich eine Erkältung habe, dann schmeckt das Essen nicht mehr so wie sonst. Darum waren wir sehr verwundert, dass es auf einmal hieß: „Oh, es kann Nerven befallen und ich kann nichts mehr riechen und schmecken und so!“ Ja, das kannte ich von früher auch. Das war bei den Coronaviren alles bekannt. Aber für uns war es einfach sonderbar, dass wir im Februar ein Video gemacht haben für unsere Klienten. Weil, wir haben in der BDMS Gruppe im Jahr etwa 1,5 Millionen ausländische Patienten, die zu uns kommen aus über 150 Ländern. Das ist einer der Gründe, warum wir uns so konzentrieren auf Infektionskrankheiten, weil, die können ja aus der ganzen Welt kommen und nicht alle Infektionskrankheiten sind überall gleich häufig zugegen. Darum haben wir diese Konzentration gemacht als Zentrum für Infektionskrankheiten und haben da gleich diese Daten da rausgenommen. Und, für uns war das also im Februar klar. In dem Video „Hab keine Angst vor Coronaviren – wir können damit umgehen!“, haben wir uns dann nach außen gestellt und wir haben uns gewundert, dass in der ganzen Welt die Panik immer größer wurde. Und, wenn ich mir jetzt die Zahlen anschau, dann muss ich sagen, irgendetwas läuft falsch, denn, ein Virus müsste überall gleich grassieren, und warum haben wir es in Thailand nicht so?

Dr. Reiner Füllmich: Einer der Gründe könnte ja sein, dass man in Thailand sehr erfolgreich Plexiglas-Scheiben ums ganze Land errichtet hat und dadurch das Virus jetzt davorsteht, immer nur dagegen trommelt und wie damals unser neuer Kanzler geschrien hat: „Ich will hier rein!“, aber kommt nicht rein! Irgendwie klingt das nicht wirklich vernünftig. Was ist der wahre Grund dafür, dass man in Thailand solche merkwürdigen Horrorzahlen, wie sie in anderen Ländern verbreitet werden ... Und wohlbemerkt, es sind ja immer nur Positiv-Zahlen, die nichts, wie wir inzwischen wissen, mit Infektionen zu tun haben. Was ist der wahre Grund dafür? Wird da anders getestet oder werden die Leute da anders behandelt, oder beides?

Dr. Thomas Ly: Also ich kann ja nur für die Infektionskrankheiten sprechen. Und da haben wir uns schon vor vielen, vielen Jahren zur Aufgabe gemacht, dass wir einen Patienten immer komplett betrachtet beachten und begutachten. D.h., wenn ich einen Patienten habe, der mit einem Problem kommt, dann nehme ich das Naheliegendste und gleichzeitig nehme ich auch noch das mit in den Fokus, was vielleicht nicht das Naheliegendste ist. Wir nennen es in der Medizin die Differenzialdiagnosen.

Wenn ich also einen habe, der mit einem Husten zu mir kommt, dann kann das sein, weil der

da einen Fremdkörper hat, dann kann das sein, dass das ein viraler Infekt ist, das kann ein bakterieller Infekt sein, wir können auch ganz viele andere Sachen damit aufzählen. Und das machen wir. Das heißt, wenn ich dann die Differenzialdiagnosen mit in den Augenschein nehme, dann muss ich auch schauen: Welche Diagnostik muss ich da machen? Wie muss ich das untersuchen? Und wenn jemand zu mir kommt und der hat Husten, Schnupfen, und – dann schaue ich dem mal auch in den Rachen rein. Und wenn ich da hinten eine helle Plaque sehe, dann such ich nicht mehr nach einem Virus, dann geh ich davon aus, dass dies Bakterien sind. Da nehme ich einen Abstrich und teste auf Bakterien. Gegenwärtig ist es ja in Deutschland anders. Komm ich mit irgendeiner Krankheit ins Krankenhaus, dann heißt es als erstes: ein PCR-Test auf Corona. Und ich sage: Das ist keine gute Idee. Erst mal sollte ich schauen, was sind die Probleme, die der Patient hat, und dann angemessen agieren. Und das machen wir in Thailand. Wenn wir in Thailand einen Patienten haben, der mit Atemwegsbeschwerden kommt, dann untersuchen wir den auf die Atemwegsbeschwerden und haben bei den Differenzialdiagnosen auch ein Coronavirus im Hinterkopf, denn wir haben bisher auch immer Coronavirus-Patienten gehabt, in Bangkok, in Thailand. Das ist etwas ganz Normales, wie hier auch. Nun machen wir nicht einen PCR-Test bei einem, der einen bakteriellen Infekt hat. Das müssen wir nicht tun.

Und wenn wir einen PCR-Test machen, dann suchen wir nicht nur eine einzige Gensequenz. Weil, eine einzige Gensequenz zu suchen, das ist ein bisschen wie im Trüben fischen. Also wenn, dann suchen wir schon mindestens auf drei Sequenzen. Wenn ich dann drei Sequenzen habe, dann habe ich ja anhand des PCR-Testes nur ein positives Ergebnis. Aber wenn davon drei Sequenzen positiv sind, dann ist die Wahrscheinlichkeit höher, aber ich muss trotzdem noch die klinische Untersuchung machen und ich muss sehen: Sind da Symptome und dergleichen dabei? Und dann reduziert sich die Zahl der positiv Getesteten schon drastisch, wenn ich schon alle rausnehme, die gar nicht wegen einer Corona Symptomatik kommen. Also, wenn ich sehe, der kommt mit einem Schnupfen und da läuft es grün aus der Nase, dann such ich nicht mehr nach einem Virus. Dann bekämpfe ich das, was vornehmlich sichtbar ist und das ist das Grüne. Das ist das, was übrig bleibt vom Bakterium. Und das ist eben der Unterschied, den wir machen zu dem, was man hier macht.

Viviane Fischer: Jetzt habe ich gestern länger mit einer Krankenschwester aus einer Covid-19-Station hier gesprochen und die meinte, dass da doch die Symptomatik oder der Verlauf oder die Intensität irgendwie schon ganz anders sei, also so was habe sie vorher noch nicht gesehen. Können sie das denn bestätigen? Denn man hört ja immer diese Angaben. Also, manche sagen: „Uh, das hab ich noch nie gesehen, der ganze Krankheits ...“ Auch die Lunge, wie die dann sich darstellt, oder so was, was da immer so erzählt wird. Oder wie die Menschen das beschreiben. Zugleich hatte die Krankenschwester aber auch den Punkt gemacht, dass die Menschen eben sehr stark durch diese Angst sich fokussieren auf bestimmte Effekte, die eben jetzt so eine Atemwegserkrankung vielleicht auch generell haben kann und die dann ganz übersteigert wahrnehmen. Also, wo liegt da die Wahrheit?

Dr. Thomas Ly: Wo die Wahrheit liegt, weiß ich nicht. Das muss ich ganz ehrlich gestehen. Aber ich nehme da ein anderes Beispiel: Als ich damals in meiner Ausbildung war, musste ich auch Notdienste fahren. Und als ich das erste Mal gerufen wurde, zu einem Herzinfarkt nach Hause, da habe ich im Notarztwagen gesessen und hab gebibbert, ob ich alles richtig mache. Ich bin dann in die Wohnung des Patienten rein und ich habe so gezittert. Das hat der Patient gemerkt. Er ist trotzdem durchgekommen. Es hat trotzdem alles geklappt, aber das hat sich schon ausgewirkt. Als ich dann in der Übung war und irgendwann wieder zu einem Fall gerufen wurde, dann bin ich reingegangen und als erstes habe ich die Hand auf

den Patienten gelegt und ich habe gesagt: „Wir kümmern uns jetzt drum.“ Und dann konnte man sofort sehen, dass der Blutdruck runter ging, der Herzschlag runterging. Der Patient, allein durch diese Vertrauensvariante war die Situation schon gefangen.

Das haben wir jetzt gegenwärtig bei Corona auch. Die Leute merken ein Kratzen im Hals und denken, sie müssen sterben. Und dann ist einfach diese Angst da. Und das ist auch nicht zu verübeln. Wenn ein Kind sich weh tut und ich sag: „Keine Sorge, es ist nicht so schlimm“, dann vertraut das Kind mir. Wenn ich aber sage: „Ah, was ist dir passiert? Was ist dir ...“, dann hat doch das Kind mehr Angst. Also das haben wir als Effekt dabei. In dem Moment haben alle Angst davor, sonst würden sie nicht alle mit der Maske da draußen rumlaufen. Denn, wenn ich die Leute an der frischen Luft mit der Maske rumlaufen sehe, dann frage ich mich, wer auf so eine Idee gekommen ist – auf der einen Seite! Auf der anderen Seite frage ich mich: Wo ist die Logik dabei? Wir haben ja jetzt glücklicherweise – vor Kurzem ist eine Studie rausgekommen, die belegt hat, dass die meisten Infizierten vorher Masken getragen haben, was für mich auch logisch ist. Denn Coronaviren sind immer da. Also es gibt keine Zeit, wo keine Coronaviren da sind. In der Jahreszeit, wo weniger Coronaviren da sind, das ist die Zeit, in der wir eine höhere Sonnenintensität haben. Die Sonne ist näher an unserer Gegend dran. Wir haben eine höhere Sonnenstrahlung. Wir haben also mehr Sonnenscheindauer in der Stunde, und wir haben eine höhere Strahlendosis, was die UV-C-Strahlung anbetrifft. UV-C-Strahlung ist ein sehr gutes Desinfektionsmittel. Das schafft es sogar uns Menschen, wenn wir am Strand liegen, zu zerbraten. Das ist der Sonnenbrand. Also wenn die Sonnenstrahlen es schaffen, unsere Haut zu zerstören, dann werden diese Strahlen es auch schaffen, ein Virus zu zerstören und ein Bakterium.

Das heißt, in diesen Jahreszeiten, wo wir die höhere Sonnenstrahlung haben, wird die Viruslast durch diese Strahlung reduziert. Jetzt haben wir mehr Wolken, weniger UV-C-Strahlen, die Sonne ist weiter weg, die Intensität ist geringer. Aus diesem Grund haben wir eine höhere Viruslast. Das heißt, wir sind alle im Moment mit Coronaviren, mit anderen Viren belastet. Wenn wir die im Körper drin haben, kann unser Immunsystem damit umgehen. Und immer, wenn ich ausatme, atme ich auch einen Teil von denen mit der Feuchtigkeit ab. Und die sind dann raus, fallen auf den Tisch, trocknen dort aus und sterben. Oder es kommen Sonnenstrahlen und machen sie kaputt.

Nehme ich aber jetzt eine Maske vor den Mund, dann atme ich in die Maske rein, ein paar der Viren werden darin hängen bleiben, die sind zwar so klein, dass die meisten durchfliegen. Aber das kennen wir auch, wenn Nebel durch den Stacheldraht Zaun fließt, bleibt trotzdem Wasser am Stacheldrahtzaun hängen. Und so ist es bei der Maske auch. Ein paar Viren bleiben darin hängen. Die saug ich aber beim nächsten Atemzug wieder ein. Das heißt, ich erhöhe die Virenlast in meinem Körper, die sonst durch mein normales Atmen abgehen würden.

Und aus diesem Grunde bin ich dann natürlich viel, viel schneller infiziert. Das heißt, ich infiziere mich selber, obwohl mein Immunsystem mit der Grundmenge, die ich habe, klarkommen könnte. Aber durch die Maske vor dem Gesicht habe ich das Problem, dass ich die Viruslast erhöhe, die ich sonst verringern würde. Darum versteh ich das gerade draußen gerade nicht. Und ich erkläre es mir durch das, was ich oft schon gesagt habe: Es ist Angst bei den Leuten. Und diese Angst haben sie dann auch, wenn sie ins Krankenhaus kommen. Wenn einer sagt: „Du hast Corona, und die sterben ja alle!“ Und dann hören die, wie viele Menschen an Corona schon gestorben sind. Und ich sage, es ist eine Unverschämtheit dorthin zu gehen und die Zahlen ständig aufzuaddieren. Dann sollte unsere Regierung hingehen und für den gleichen Zeitraum, wo sie uns die Coronatoten sagen, auch die Gesamt-toten sagen, damit die Leute sehen, wie viel mehr das auch geworden sind. Denn insgesamt – das hat ja jetzt bei Helios der Chef auch in dem Blog geschrieben – wir haben ja

gar nicht mehr Fälle als im letzten Jahr vom Vergleichszeitraum her, sondern weniger. Wir haben weniger Beatmete, wir haben weniger auf den Intensivstationen, wir haben weniger schwere Atemwegsinfektionen als im Vergleichszeitraum des letzten Jahres und das muss ja auch irgendeinen Grund haben. Und, auf der einen Seite natürlich, wir haben verringerte Sozialkontakte, darum gibt es auch weniger Ansteckung, was auch logisch ist. Aber wir würden ja jetzt – und das ist vielleicht jetzt ein gemeines Beispiel – man würde ja auch nicht hingehen und sagen, nur weil wir jetzt einen Anstieg von Geschlechtskrankheiten haben, müssen alle jetzt mit Kondom rumlaufen. Weil, so dumm stellt sich mir das dar. Denn die Maske kann kein Schutz sein! Sie kann eine Reduzierung der Tröpfchenbildung sein. Aber wenn ich hier sitze und Sie sitzen dort und ich rede mit Ihnen, ich werde selten soweit spucken, dass Sie es spüren. Und das ist nicht ... Diese Tropfen, die sind die Gefährdung! Denn es ist ein Tropfen, da sind relativ mehr Viren drin. Wenn man die abkriegt, die einatmet oder auf die Zunge kriegt oder auf den Finger kriegt und an die Augen reibt, dann bin ich infiziert. Aber das, was wir so als Nebel ausatmen, das ist von der Viruslast her so gering, dass das eigentlich kein Problem ist. Und dann versteh ich natürlich auch nicht, warum das in den Krankenhäusern nicht verstanden wird.

Also, wenn diese Krankenschwester sagt: „Es ist dieses Jahr so viel schlimmer“, dann würde mich doch eher interessieren: Was hat sie denn letztes Jahr gemacht?

Viviane Fischer: Also, es ist jetzt sogar so, dass die vorher gar nicht auf so einer Station gearbeitet hat. Was natürlich auch ein bisschen schockierend ist, weil die in dem Moment anscheinend auch in diesem speziellen Krankenhaus eben nur Leute haben, die gar nicht vom Fach sind, also von diesem ... also Infektiologie oder Lungenspezialabteilung oder so was, ja, weil die anscheinend die Leute so hin und her schieben. Deshalb hat sie jetzt nicht ganz genau den direkten Vergleich zu dem, wie es im letzten Jahr war oder in Vorjahren. Aber trotzdem war das jetzt ihre Aussage. Und das geistert ja immer wieder rum, dass Leute das sagen, das ist ganz anders oder so. Aber aus Ihrer Betrachtung können Sie jetzt nicht sagen, dass Sie irgendeine Symptomatik oder irgend so eine krasse Entwicklung sehen, die ganz spezifisch nur für Corona ist?

Dr. Thomas Ly: Nein. Dieses Virus, das neue Virus verhält sich so wie seine anderen Coronageschwister auch, die regelmäßig da sind. Und wie ich ja schon eben sagte, die anderen machen sogar teilweise eine Enzephalitis, die haben wir bis jetzt noch gar nicht gehabt. Glücklicherweise, sonst wäre die Panik vielleicht noch größer. Aber das Coronavirus an sich verhält sich genauso wie die anderen auch. Insbesondere – und das gilt jetzt für alle Infektionskrankheiten – wenn ich ein schlechtes Immunsystem habe, durch eine Vorerkrankung oder gegebenenfalls auch dadurch, dass ich einen anderen Infekt habe. Ich kann ja jetzt auch einen grippalen Infekt haben.

00:37:00 – 00:50:00

Ich könnte jetzt eine Grippe haben. Und wenn ich darauf dann noch ein Zweites bekomme, ist das immer schlechter, da ist der Verlauf immer ungünstiger. Aber es sind dann immer auch die vulnerablen Personengruppen, die wir da mit nennen müssen, und das waren die, die von Anfang an da waren, auf die wir uns hätten fokussieren müssen. Aber auch nur – und das möchte ich dazu sagen – auch nur als Vorsichtsmaßnahme. Also ich hätte diese Maßnahme im März verstanden, wenn man gesagt hat, die vulnerablen Gruppen müssen wir jetzt schützen. Nach dem Motto: Wir müssen jetzt in den Pflegeheimen drauf achten, dass es bisschen ordentlicher ist, in den Krankenhäusern

drauf achten – wir müssen vielleicht bei den kleinen Kindern aufpassen, weil wir's ja noch nicht wussten. Es hätte ja auch schlimm sein können.

Aber es hat sich nun mal erwiesen, dass es nicht schlimmer ist als seine altbekannten und immer zugegenen Coronageschwister.

Denn Coronaviren können wir bei 80 % der Bevölkerung nachweisen. Das heißt, 80 % der Weltbevölkerung sind mit Coronaviren in Kontakt gekommen. Wenn mir jetzt einer sagt: „Das neue Coronavirus ist aber so viel ansteckender!“, dann sage ich: „Wie viel schafft's denn, 85 %?“ Also wenn die anderen Coronaviren es schaffen, 80 % zu erreichen, dann muss das andere mehr schaffen, um viel schlimmer zu sein.

Und das gleiche gilt auch für SARS (severe acute respiratory syndrome, SARS-CoV-1) und MERS (Middle East respiratory syndrom, MERS-CoV). Ja, das waren immer relativ kleine Ausbrüche. SARS und MERS sind auch zwei Mitglieder dieser Coronafamilie.

Die haben da mal was Schlimmes gemacht. Aber auch da reden wir von unter 1.000 Toten weltweit. Und 1.000 Tote finde ich – weltweit betrachtet – ist keine hohe Zahl. Und auch wenn ich dann diese Zahl mit 50 zu 100.000 als Inzidenz wähle, dann rechne ich das einfach mal runter. Dann sind das 5 zu 10.000.

5 zu 10.000 ist die Definition für eine seltene Erkrankung. Also wenn wir mal nachschauen, wie definiert man in der EU eine seltene Erkrankung, dann heißt das, sie muss bei bis zu fünf Leuten von 20.000 auftreten. Dann ist es eine seltene Erkrankung.

Also befinden wir uns jetzt bei Corona auch im Rahmen einer seltenen Erkrankung. Aber grundsätzlich bei bis zu 30 % aller Erkältungskrankheiten, die wir weltweit haben, sind Coronaviren.

Also rechne ich mal von allen, die eine Erkältung, eine Krankheit haben, 30 % runter, dann sind das nicht viele.

Dr. Reiner Füllmich: Das wirft uns immer wieder zurück, wenn wir diese realen Zahlen sehen. Auch die WHO hat ja gesagt, 0,14 %, das entspricht in etwa der einer Grippe. Im Anschluss an Joannidis, den wir gleich nochmals richtig hören werden, der sogar bei insgesamt noch geringeren Zahlen in seiner Studie gelandet ist. Also ist in Wahrheit die Panik das eigentliche Instrument, um das wir uns kümmern sollten. Und dafür spricht ja auch bei lebensnaher Betrachtung, wie wir als Juristen sagen, das geleakte Panik-Papier. Das scheint ja wohl das Problem zu sein, mit dem wir in Wahrheit zu kämpfen haben.

Meine Schwester hat mir das nämlich auch erzählt, letztes Wochenende, die ist Krankenschwester, sie hat gesagt: „Oh, also irgendwie scheint ja schon schlimmer zu sein, weil, wir müssen ja immer diese Dings-Anzüge da aus- und ‚antackern‘, wenn wir reingehen, wenn wir wieder rausgehen – wir wollen ja auch keinen anstecken“. Da hab' ich gesagt: „Ja achte dich doch mal drauf, erinnere dich doch mal, was war denn letztes Jahr.“ Und da fiel ihr auf: War genau dasselbe, bloß ohne Anzüge. Also es geht um Panikmache, fürchte ich. Und um das, was dahintersteckt, beziehungsweise das, was damit bezweckt werden soll. Denn einige der Mediziner, mit denen wir gesprochen haben, Professor Kapell z.B. oder Professor Michael Levitt aus den USA, die sagen schon: „Ach 'ne du, ich will nicht nochmal irgendwo was erzählen, das ist doch alles auf dem Tisch, jeder kennt doch die Fakten.“ Das ist der Punkt: Nicht jeder kennt die Fakten. Wir kennen die Fakten. Aber die, mit denen wir eigentlich ins Gespräch kommen wollen, die kennen sie noch nicht. Und deswegen müssen wir versuchen, mit denen im Gespräch zu bleiben. Und das auf die Weise, wie wir's jetzt gerade versuchen zu vermitteln. Weil, Sie sind ja jemand, der ernsthaft und echt vor Ort ist, Sie haben ja glaub ich sogar mitbekommen, was mit dieser legendären, angeblich

symptomlosen Wuhan-Chinesin los ist.

Dr. Thomas Ly: Ja. Das war einer der Punkte, die mich sehr erschüttert haben. Denn ich habe an dem Freitag, das war der – jetzt muss ich gucken, was war es für ein Datum genau – ich hab's, an dem Freitag, dem 24. Januar, um 20 Uhr 14, habe ich diese Meldung, dass diese Frau positiv ist, an die hiesigen Gesundheitsbehörden gemeldet und hab gesagt, das ist der erste Fall, der in Deutschland war von diesem neuen Virus. Bitte melden Sie sich, damit ich Ihnen die Angst nehmen kann, damit keine Panik ausbricht.

Ich wollte ihnen da nämlich genau diese Fakten, die wir damals in Bangkok alle zusammengestellt hatten, zur Verfügung stellen. Aber man hat gar nicht darauf reagiert, und am Montagnachmittag war ja dann die große Panik, die in Deutschland ausgebrochen ist. Und das ist halt etwas, das ich nicht verstehe. Ich muss aber dazu sagen, das verstehe ich schon seit vielen Jahren nicht. Um jetzt einfach nochmals das Beispiel Masken zu nehmen. Ich habe im indonesischen Dschungel gearbeitet, zwei Jahre, ganz abgelegen. Und dort hatten wir sehr viel Tuberkulose. Wir hatten auch eine Tuberkulose-Station.

Die Tuberkulosepatienten, wenn die durch die Gegend gelaufen sind, haben die keine Maske getragen. Die haben ordentlich abgehustet, und dann sind sie auch normal durch die Gegend gelaufen. Das heißt, auch wir als Ärzte, die wir sie betreut haben, sind nicht ständig mit Masken da rumgelaufen. Wir wissen uns zu schützen. Weil, wenn der hustet, weiß ich, wo's langgeht. Also der erfahrene Arzt, der sitzt nicht Nase, Nase gegenüber zum Patienten wenn's ums Husten geht, sondern der sitzt seitlich davon.

Und es war so, dass ich Ende 2014 / Anfang 2015 auch wieder dort zu Besuch gewesen bin. Und dann sagte mir ein Kollege dort: „Thomas pass mal auf, ich hab' da mitgekriegt, ihr habt jetzt gerade einen Flüchtlingsstrom, der nach Deutschland kommt, und ihr macht da Röntgenbilder zum Tuberkuloseausschluss, das machen wir doch im Dschungel nicht mal?!“ Ich sage: „Nein, das machen die nicht, das ist ja doof!“ Er sagt: „Doch, das hab' ich gelesen.“ Hab' ich mich schlau gemacht und dann war das ja wirklich so. Wir haben die ganzen Flüchtlinge, die nach Deutschland gekommen sind, vor ein Röntgengerät gezerrt. Und dann hab' ich – als ich zurück war – hab' ich dann gesagt, die schreib ich mal an, das ist eine dumme Nummer. Weil Tuberkulose im Urstadium, wenn die Infektion gerade ausgebrochen ist – und bei den Flüchtlingen muss man davon ausgehen – die laufen nicht mit einer schweren Tuberkulose los und kommen dann hier an, sondern sie werden es auf dem Weg erwerben. Das heißt, sie kommen dann frisch infiziert hier hin. Das kann ich auf dem Röntgenbild niemals sehen, weil das so klein ist. Und dann hab' ich das zusammengeschrieben, und hab dann gesagt: Ich brauch Quellen. Weil ... die brauchen immer – wenn man so ein Ministerium anschreibt, braucht man Quellen.

Hab' ich gesagt, guck ich mal beim CDC nach, hab' ich gesagt. Ah, ne, die machen das auch so, ist auch doof – gut, da muss ich die auch anschreiben. Dann habe ich aber beide angeschrieben. Hab' ich das CDC angeschrieben. Hab' ich gesagt: „Passt mal auf, Tuberkulose Ausschlussdiagnostik – einer Infektiosität wohl gemerkt – ihr Röntgenbild ist eine dumme Idee. Weil, die Tuberkulosebakterien sind so klein, wir brauchen nur 10, um infiziert zu werden. Und erst wenn die 10 auf einem Haufen sitzen und du machst davon ein Foto, was ja ein Röntgenbild ist, kannst du sie nicht sehen, weil die Auflösung gar nicht ausreicht. Daneben müssen Tuberkulosebakterien eingefärbt werden, damit man sie überhaupt sehen kann. Das ist auf einem Schwarz-Weiß-Bild, was ein Röntgenbild ist, auch eine dumme Nummer. Es gibt aber einen Test über das Blut. Der kostet nur € 2,50 und den kann man bei jedem machen und der funktioniert.“

In Deutschland hat man's so krank gemacht, dass man erst ein Röntgenbild gemacht hat, und wenn man darauf was gesehen hat, hat man noch mal einen Bluttest gemacht. Und das – in Deutschland wollte man das nicht wahrhaben.

Dr. Reiner Füllmich: Schön kostenaufwendig, nicht?

Dr. Thomas Ly: Ja, das hat viele Kosten gemacht, und hat gleichzeitig eine Erhöhung der Fallzahlen gebracht, wie es auch sich nachher gezeigt hat. Aber sowohl von den Ministerien hier in Berlin wie auch bei uns in Niedersachsen – die hatten das nicht nötig, die brauchten das nicht, die wollten das nicht. Das CDC hat dann ein Jahr später seine Guidelines komplett geändert, entsprechend der Empfehlung, die ich gegeben habe. Und daraufhin hat dann das Robert Koch-Institut die Guidelines 2019 geändert. Aber auf mich zu hören, war nicht machbar.

Und das ist eben der Fall, den ich hier bei Corona eben auch gesehen habe. Weil man informiert sie: Passt auf, da ist jetzt der erste Fall da, und bevor ihr in Panik verfallt, lasst uns reden. Ich gebe euch alles, was ihr wissen müsst – und sie wollen es gar nicht haben. Das hat mich sehr erschüttert, und das ist auch eine der Bestrebungen, die wir uns jetzt bei „Ärzte klären auf“ gemacht haben. Wir wollen – wie hat Matthias Burchardt der liebe Freund, Gruß von hier aus, das gesagt – wir wollen die Entmonopolisierung von Fachwissen und die Demokratisierung, dass jeder darauf zugreifen kann. Und darum wollen wir ein Projekt „Infektcor“ machen, wo wir alle Informationen zu Infektionskrankheiten weltweit publizieren wollen. Das ist also jetzt das Projekt, einfach nur, um zu sagen: In Zukunft kann keiner mehr sagen, ich habe das Wissen nicht gehabt. Dann kann man nicht mehr sagen, ich frage nur Dr. X oder Dr. Y. Weil hier ist die Datenbank, hier sind alle Informationen. Schaut bitte da rein, dass jeder sofort das Wissen erreichen kann. Weil, dann hätte das auch jeder sofort am ersten Tag gesehen bei Corona: Was können Coronaviren denn? Aha, obere Atemwege, sie können ... meistens gar kein Fieber, in schweren Fällen Lungenentzündung ... Oh, es kann auch den Riechnerv befallen, es kann auch Durchfall machen, es kann sogar 'ne Enzephalitis sein – dann ist jeder vorbereitet.

Und in diesem Falle war's ja nur – es wurde eins nach dem andern oben drauf gesetzt und die Panik wurde immer größer. Und so wäre am ersten Tag schon gar keine Panik mehr möglich gewesen. Und das ist der Grund, warum wir dieses Projekt jetzt ins Leben gerufen haben und hoffen, damit etwas bewirken zu können.

Weil, wenn die politische Seite das nicht hören will ... Es kann doch nicht sein, dass ich einen Minister anschreibe – der müsste das ja nur an den zuständigen Mann weitergeben – aber er macht gar nichts. Es interessiert ihn gar nicht.

Dr. Reiner Füllmich: Er will ja nicht, dass die Öffentlichkeit das mitkriegt. Weil wenn die Öffentlichkeit das mitkriegen würde, würde das, was die Politik sagt, ja plötzlich im Widerspruch zu dem, was die wahren Fakten sind, stehen. Und das muss ja verhindert werden, weil sonst würden Fragen gestellt werden.

Wie war das mit der Wuhan-Chinesin? Wir hatten ja schon mal telefoniert. Nach unserem Kenntnisstand war das so, dass Herr Drosten in seinem Preprint am 30.1. berichtet hat, dass es asymptomatische Infektionen gibt und hat als Beispiel sich genau auf diese Frau bezogen. Offenbar weil das gebraucht wurde, damit man nämlich weltweit dann sagen konnte: „Achtung, jeder der gesund ist und gesund aussieht, ist hochgefährlich. Deswegen: Masken, Masken, Masken, ihr müsst vor jedem Angst haben.“

Das war ja das Zentrum, die asymptomatische Infektion. Wenn's die nicht gibt, brauchen wir vor niemandem Angst zu haben. Dann heißt es nach wie vor, so wie früher ja auch immer, wer keine Symptome hat, ist gesund.

Herr Drosten hat das in diesem Paper berichtet, das wurde über die WHO weltweit weiterverbreitet, und insbesondere – wie heißt sein Gegenpart aus den USA – Fauci. Fauci hat sich auf diesen deutschen Scientist, German Scientist berufen, um der ganzen Welt – und insbesondere den USA – zu erklären: „Habt Angst vor jedermann, weil jeder, der asymptomatisch ist, ist hochgefährlich. Der ist nämlich infiziert.“

Nun stellt sich aber raus, dass noch nicht mal dieses – es gibt ja in der Wissenschaft, wie ich mit Professor Hockertz und andern besprochen habe – keinen einzigen Fall, nachgewiesenen Fall, einer asymptomatischen Infektion in diesem Bereich hier. Und nun soll es aber diesen Fall geben von dieser Wuhan-Chinesin. Die hatte aber ja, wie man hinterher festgestellt hat, sich offenbar infiziert bei ihren eigenen Eltern. Das ist irgendwie aus den Unterlagen verschwunden, dass ein solcher Besuch vorher stattgefunden hatte. Und sie hat Paracetamol eingeworfen, weil sie wohl irgendwas, irgendwelche Symptome bekämpfen wollte.

Also ich glaube nicht, dass es bei ihr nur darum ging, den Jetlag zu verhindern. Wissen Sie da mehr drüber?

Dr. Thomas Ly: Sie müssen sich da nur eine einzige Frage stellen. Warum gibt es dieses Ergebnis, dass diese Frau positiv war? Sie muss zum Arzt gegangen sein. Und sie geht nicht zum Arzt, wenn sie keine Symptome hat. Wer geht denn wegen keinen Symptomen zum Arzt? Das heißt, sie muss Symptome gehabt haben, denn ich hab' das noch nie gehabt, dass einer zu mir gekommen ist und gesagt hat: „Hallo!“

Dr. Reiner Füllmich: „... guck mal nach, ob ich was hab. Mir gehts zwar eigentlich gut, aber es könnte sein, dass ich fast tot bin.“

Dr. Thomas Ly: Das ist der eine Punkt. Aber zu dem asymptomatischen Infizieren möchte ich vielleicht auch noch etwas sagen. Ich sagte eben ja schon, Coronaviren sind immer da. Und Coronaviren brauchen immer einen Wirt. Ohne einen Wirt geht nichts. Aus diesem Grunde: Wir haben ständig Coronaviren, auch in uns, immer. Nur, die Virenlast ist so gering, darum fällt's nicht auf. Das heißt auch ich, der vielleicht ein gutes Immunsystem hat, habe Coronaviren und die werden in Schach gehalten. Ich kann sie aber abgeben. Und wenn ich jetzt einen Menschen finde, der schwächer ist als ich vom Immunsystem, kann der dadurch krank werden.

Dr. Reiner Füllmich: Geht das denn auch, wenn ich nur eine schwache Viruslast habe? Das wird vom PCR-Test möglicherweise – wenn er sogar richtig durchgeführt wird – erkannt. Er sieht, da ist was, er weiß aber doch trotzdem immer noch nicht ... Das positiv-Ergebnis heißt ja doch immer noch nicht, dass ich infiziert bin, im Sinne von ... ich benutz dann immer die ... genau. Denn infectious im Sinne von contagious (ansteckend) würde ja bedeuten, das Virus muss in meine Zellen eingedrungen sein und replizieren. Erst dann bin ich doch tatsächlich infiziert im Sinne der von uns im Allgemeinen so verstandenen Definition. Denn Infektion kann nach meinem Dafürhalten nur eins bedeuten, dass ich ansteckend für andere bin. Alles andere macht keinen Sinn. Wenn ich nicht ansteckend für andere bin, brauche ich keine Maske.

Da brauch ich überhaupt keine Maßnahmen. Also das ist glaube ich – oder würden Sie es anders sehen – das ist, glaub ich, das Entscheidende, dass man unterscheiden muss

zwischen – wie nennst du es jetzt immer, Justus? Das ist diese „cold infection“, kontaminiert, zwischen kontaminiert und tatsächlich infektiös. Wenn ein bisschen Zeug gefunden wird, ist es scheißegal in Anführungsstrichen, solange mein Körper, mein Immunsystem damit umgehen kann und verhindert, dass es in meine Zellen eindringt und mich zu einem wirklich ansteckenden und damit erst infizierten Menschen macht. Ist das so richtig?

Dr. Thomas Ly: Das kann man grob so sehen. Und ich muss auch sagen, grob. Denn wie gesagt, das Virus braucht immer eine Zelle. Ohne eine menschliche Zelle kann es nicht überleben. Dann wird es sterben nach zwei-drei-vier-fünf Tagen. Es gibt auch Tests, wo es nach acht Tagen war oder so was, wo sie überlebt haben. Aber das sind dann immer schon besondere Umstände. Aber es braucht immer eine Zelle. Und eine Infektion ist immer in der Definition das Vorkommen auf oder im Organismus. Das muss sein, also das Virus muss im oder auf meinem Organismus sein und muss dort entsprechend sich replizieren können. Und nur wenn es das kann, kann es überhaupt zu einer Krankheit kommen. Denn eine Infektion ist noch lange nicht eine Infektionskrankheit, sonst würden wir es nicht Infektionskrankheit nennen. Wir können uns also mit vielem infizieren, ohne dass es in irgendeiner Weise was ausmacht. Und bei Viren ist das eben immer diese Virenlast, die von Bedeutung ist. Manchmal wird es zu viel, dann kann unser Körper das nicht mehr ... oder das Immunsystem ist geschwächt. Aber grundsätzlich muss man den Verdacht äußern, wenn ich infiziert bin, d.h. ich habe Viren in meinem Körper und sie replizieren sich dort auch, und auch mein Immunsystem hält sie runter, dass ich keine Symptome bekomme, d.h. ich hab' kein Kratzen im Hals.

Dr. Rainer Füllmich: Dann kann ich auch nicht ansteckend sein?

Dr. Thomas Ly: Dann ist ... Doch ich kann dann auch ansteckend sein, aber die Wahrscheinlichkeit ist dann so gering, weil dann muss ja das Gegenüber A) eine entsprechende Viruslast bekommen – und das ist dann die Grundlast, die da sein muss, um überhaupt eine Krankheit auslösen zu können – und gleichzeitig muss das Gegenüber dann auch dafür empfänglich sein. Aber wenn ich selber keine Symptome habe, dann wird die Replikation so gering sein, dass das, was ich abgebe, das werde ich selbst beim Knutschen nicht übertragen können zu einer Krankheit.

Dr. Reiner Füllmich: Das sind sich, glaub ich, auch alle einig. Auch Fauci hat das in älteren – älter im Sinne von ein paar Monate alt, bevor die Panik dann überhand nahm, weil man sie offenbar brauchte – zugestanden, dass das absolut „negligible“ ist, also total zu vernachlässigen ist. Wenn die Leute keine Symptome haben, geht man grundsätzlich davon aus, dass sie gesund sind und dass sie eben jedenfalls nicht infektiös, in eben diesem beschriebenen Sinne, sind.

Dr. Thomas Ly: Und dass sie vielleicht auch ganz andere Viren ... Wir sollten uns nicht nur fokussieren auf dieses Coronavirus, das ist bei anderen Viren genauso.

Dr. Reiner Füllmich: Was war nochmal der Unterschied, der in Thailand dafür sorgt, dass es diese ganzen hohen „false positives“ gibt? Man geht ja inzwischen im Rest der Welt davon aus, dass wir mindestens 97 % „false positives“ haben – nicht zuletzt auch deshalb, weil die Zyklen, also die Vergrößerungszyklen, teilweise 40-45 fach, 45 Zyklen betragen. Ist das in Thailand ein Unterschied oder ist der entscheidende Unterschied der, dass man einfach genauer hinguckt, die Identifizierung genauer vornimmt, indem man nicht nur ein, sondern

drei Gene getestet?

Dr. Thomas Ly: Beides.

Dr. Reiner Füllmich: Beides, okay.

Dr. Thomas Ly: Auf der einen Seite gehen wir hin und sagen, es gibt so in Labors bestimmte Werte, die einen sagen 25, die andern sagen, man kann auch bis 30 gehen. Aber kurz gesagt: Wir machen eine Limitierung. Das heißt, wir setzen einen Standard. Und gleichzeitig sagen wir: Eine einzige Sequenz reicht uns nicht. Damit haben wir natürlich durch diese drei Sequenzen, plus die Begrenzung der Zyklenzahlen, haben wir natürlich eine drastische Reduzierung der Positivergebnisse.

Dr. Reiner Füllmich: Das heißt im Ergebnis, so verstehe ich das: Es bleibt dabei, dass man mit einem PCR-Test für sich genommen keine Infektion feststellen kann, aber wenn er richtig durchgeführt wird, kann man die ganzen „false positives“ oder jedenfalls ein Gros der „false positives“ ausschalten. Okay.

Thomas Ly: Und der wichtige Punkt noch dabei, der dritte: Wir testen nur, wenn da Symptome sind.

Dr. Reiner Füllmich: Ja, verstehe. Das macht für mich am meisten Sinn. Weil ich glaube – Wolfgang hat das auch immer betont – wer keine Symptome hat ist vom Grundsatz her gesund.

Viviane Fischer: Na, das ist ja im Prinzip so, wie es ja theoretisch, zumindest wie man es mir erzählt hat, am Anfang war. Da wurden ja auch nur die Symptomhaften getestet und erst später ...

Dr. Thomas Ly: Und die Kontakte.

Viviane Fischer: Okay, zusätzlich noch die Kontakte. Aber zumindest hatte man einen Kern, wo vielleicht realistisch sich irgendwas hat abspielen können. Das ist ja jetzt, wenn ich jetzt symptomlos alle möglichen Leute teste, dann hab' ich ja quasi die gegenläufige Entwicklung. Und bei uns ist es ja so: Am Anfang waren es ja diese drei Sequenzen, die auch getestet wurden, unabhängig davon, ob das jetzt die richtigen waren oder was auch immer. Aber dann ist ja quasi erst im weiteren Verlauf eine Auflösung dahingehend entstanden, dass man gesagt hat, jetzt testen wir nur noch das E-Gen zum Beispiel. Und das wissen wir ja auch von den Holländern, das haben ja unsere Kontakte aus Holland erzählt, dass man da ja auch plötzlich dazu übergegangen ist, statt drei nur noch eins zu testen und zack, hatte man ein gewaltiges „Anschwellen“ der infizierten Zahlen.

Thomas Ly: Wir haben uns jetzt mit ein paar Kollegen zusammengeschlossen und wir möchten eigentlich jetzt in der kommenden Woche dazu aufrufen – es wäre nett, wenn sie da auch helfen würden – wir möchten Leute, die einen schweren Verlauf mit Corona hatten, möchten wir bitten, sich an uns zu wenden, damit wir die Einsicht in die Krankenakten bekommen, dass wir einfach mal schauen können, was sind da wirklich für Laborwerte, wie sehen die Blutwerte aus. Wir möchten nämlich schauen, ob da nicht – was ich eben angesprochen habe – die Differenzialdiagnosen, ob da nicht was verloren gegangen ist. Und

gleichzeitig möchten wir auch aufrufen, Leute, die sich unsicher sind, die den PCR-Positiv-Test bekommen haben, die sollen sich auch an uns wenden. Denn wir möchten ... jeder, der einen PCR-Test macht, der hat ja ein Anrecht auf das Ergebnis, sag ich als Laie der Rechtsseite. Aber ich müsste doch da das Anrecht darauf haben, vom Labor zu erfahren, wie viel Zyklen habt ihr gefahren.

Dr. Reiner Füllmich: Sie haben normalerweise als Patient, und das geht ja hier um Patienten, jeder von uns ist in dem Zusammenhang Patient, jeder von uns muss auch ja eigentlich, bevor so ein PCR-Test durchgeführt wird, aufgeklärt werden. Denn ansonsten ist es rechtswidrig, was da abgeht. Und natürlich haben wir als Patienten – Justus hat das neulich nochmal schön erläutert – haben wir ein Anrecht darauf, alles zu erfahren, was da rausgekommen ist, was benutzt wird. Das Material, was entnommen wurde, ist unser Eigentum, steht in unserem Eigentum. Das weiß man auch nicht so ohne Weiteres, aber selbstverständlich ist es so. Nur hat es offenbar bisher keine großen Bestrebungen gegeben, diesen Anspruch durchzusetzen. Das könnten wir aber tun im Zuge einer solchen Maßnahme für die entsprechenden Patienten, denn wir wollen ja wissen, was los ist.

Thomas Ly: Wir wollen nämlich auch ganz klar sehen, wenn du so einen Test hast, der hat dann zu einer Quarantäne oder dergleichen geführt und da sind über 35 Zyklen gefahren worden. Da muss man sagen: „Hallo, das ist nicht in Ordnung!“ Weil so soll es nicht sein. Und da wollen wir dazu aufrufen, dass Leute sich dann bei uns melden, uns da die Erlaubnis geben. Alles datenschutzrechtlich, wird das sauber laufen, da wird nichts irgendwo an die Öffentlichkeit kommen, da wird kein Name und dergleichen ... also das machen wir alles, wie wir Ärzte das auch so händeln.

Dr. Reiner Füllmich: Und wenn wir als Anwälte mitmachen, doppelte Sicherheit. Schweigepflicht der Mediziner und der Rechtsanwälte.

Thomas Ly: Da können wir vielleicht auch dem einen oder anderen die Angst nehmen, der vielleicht denkt, ich hab' da was Schlimmes gehabt. Und dann können wir vielleicht sagen: „Ne, du hattest da doch nichts Schlimmes, aber was ganz anders, was die vielleicht alle übersehen haben. Beziehungsweise, „Da ist Mist gebaut worden.“ Weil, ich verstehe es ja auch nicht. Wir haben es in Bangkok gar nicht verstanden, dass man hingegangen ist, mit den großen Beatmungen angefangen hat. Das war für uns völlig fremd, warum macht man das? Also das waren so viele Sachen. Warum fangt ihr mit Medikamenten an? Die haben wir nie eingesetzt bei Coronaviren. Warum fangt ihr jetzt auf einmal damit an? Insbesondere unter der Prämisse, dass ja auch diese Angst bei den Leuten da war.

Also ich kann nur einladen, wenn Sie mal in Asien Urlaub machen, kommen Sie in Thailand vorbei, schauen Sie es bei uns einfach mal an. Bei uns ist der erste Moment, wenn ein Patient bei uns ins Krankenhaus reinkommt, der, dass er sagt: „Oh, hier ist es aber schön!“ Und damit haben wir schon bei den meisten Patienten die Angst genommen, weil viele sagen: „Ich geh ins Krankenhaus, da muss ich hin, da ist's nicht schön, da wird irgendwas gemacht.“ Aber die werden schon allein, wenn sie da bei uns reinkommen, werden sie beruhigt und am Ende machen alle noch ein Foto mit den Krankenschwestern als Erinnerung. Das heißt, bei uns wird wirklich ganzheitlich darauf geschaut und da wird der Patient in den Fokus gesetzt und zwar mit Unterstützung und da wird nicht Angst gemacht wie hier. Hier, wenn ich ins Krankenhaus geh, bekomme ich Angst, weil alle schon so wild vermummt rumrennen und alles ist hektisch und panisch. Das gibt's bei uns nicht.

Dr. Justus P. Hoffmann: Ich glaube, wir werden, wenn das von Erfolg gekrönt ist mit dieser Information, mit den Informationen, wenn wir die bekommen, wage ich eine Prognose anzustellen, dass es da zu vielen Überraschungen kommt. Nämlich, das wird sich mit dem decken, was ich jetzt kürzlich anekdotisch in meiner anwaltlichen Praxis erlebt habe, in unserer anwaltlichen Praxis, wo ich mir gesagt habe, ich sag dem Mandanten mal: „Komm, lasst euch doch mal die Testergebnisse vom Labor geben.“ Und das ist dann so ein kleiner Block: „Wir haben bei Ihnen: positiv, 28 Zyklen, Punkt.“ Okay, und was haben sie eigentlich gemacht? Welcher Test, wie viele Gene? Gibt's nicht, gibt die Informationen einfach nicht. Das ist das, was uns das Gesundheitsamt gibt. Wir haben den Test gemacht und der hat nach 26 Zyklen angeschlagen. Und wenn man mehr haben möchte: Wer hat den Test eigentlich hergestellt, wer hat den eigentlich gemacht? Die Information gibt's überhaupt nicht.

Antonia Fischer: Dokumentation gleich null.

Viviane Fischer: Also wir haben ja schon mal einen ähnlichen Aufruf gemacht, einfach um ein bisschen Überblick zu bekommen, ob die Aufklärungsarbeit geleistet worden ist. Ob die Leute auch mitbekommen haben: Wer war das? War das ein Arzt, der das abgenommen hat? Hat das jemand ... Von wem ist das weiterbearbeitet worden? Welches Labor ist es? Und da haben uns viele Leute tatsächlich ein Ergebnis geliefert. Die könnten wir jetzt auch nochmal anschreiben, ob sie einverstanden wären, dass das an Sie weitergegeben wird, eben zu der entsprechenden Analyse. Und ich denke, das wäre schon mal wichtig, da hätten wir schon sozusagen einen Grundstock, den wir uns anschauen könnten. Und genau, dann würde ich eben auch den Aufruf jetzt gleich nochmal unterstützen und wir stellen den auch nochmal auf den Telegrammkanal, dass wir wirklich nochmal weitere positive Ergebnisse bekommen. Dass insbesondere auch Leute, die einen schweren Verlauf hatten, sich bei uns melden sollen.

Und da hatte ich auch mit der Krankenschwester drüber gesprochen, und da habe ich sie gefragt: Ist es denn so, dass es möglich sein könnte, dass nur, wenn zu diesem Coronavirus noch xyz, Rhinovirus oder was weiß ich ein spezifischer Typus hinzutritt, dass dann diese schweren Verläufe sind? Und sie meinte, die würden schon eine Differenzialdiagnose machen, aber unter Umständen ist die eben dann nicht ausreichend.

Dr. Thomas Ly: Das ist ein grundlegendes Problem, das wir in Deutschland haben: Dass manchmal nur zu fokussiert geguckt wird, nur das, was ich kenne. Ich selber kenne Fälle, die hier in Deutschland gewesen sind, wo Leute eine völlige Fehldiagnose gestellt haben, weil sie das Krankheitsbild gar nicht kannten. Also wo man dann hingeht und sagt:

„Ich erkläre euch jetzt das Krankheitsbild mal ganz kurz, was diese Patientin hier hat.“

Und ... „Hab ich noch nie gehört!“

„Ja gut, aber ich hab's dir jetzt erklärt, hier sind die ganzen Befunde, die belegen das, was ich dir sage. Und du willst jetzt trotzdem noch was anderes machen?“

„Eh ja, ich kenn das ja nicht, was du sagst.“

Dr. Reiner Füllmich: Ja ...

Dr. Thomas Ly: Und das ist eben diese Unwissenheit. Das ist einer der Gründe, warum wir vor ein paar Jahren angefangen haben, auch aus Thailand heraus Fortbildung für deutsche Ärzte anzubieten im Bereich der Infektionskrankheiten. Denn wir haben so ein großes Wissensloch in Deutschland, was Infektionskrankheiten anbetrifft.

Ich nehme 2019, da bringt das Robert Koch-Institut grundsätzlich im April / Mai immer im

Bulletin die Aktualisierung zur Lyme Krankheit, die von Zecken übertragen wird, raus. Und die habe ich dann auch gesehen und habe gedacht, die lese ich mir mal durch. Und dann: Der Erreger ist falsch! Also wie kann das RKI eine Empfehlung für Ärzte rausgeben zur Lyme Krankheit und dabei den Erreger falsch schreiben? Da habe ich das RKI angeschrieben, hab gesagt: „Ihr habt da *Borrelia burgdorferi* Komplex geschrieben, das ist falsch! Die Erreger dieses Teils heißen *Borrelia* seit einigen Jahren.

Dr. Reiner Füllmich: Das weiß ja sogar ich.

Dr. Thomas Ly: Und dann kam das Lustige. Die Antwort vom RKI war: „Dieses ist bei unseren Ärzten nahezu unbekannt, und das würde zu Verwirrung und gegebenenfalls zu falscher Behandlung führen. Und das sind die Antworten, die man dann also erhält – also die Unwissenheit ist da.

Es gibt eine Erregerumbenennung: In jedem Krankenhaus kennt man *Clostridium difficile*, die heißt aber *Clostridioides difficile* – seit einigen Jahren.

Und was ist ... es war 2019 an einer Fortbildung von einer infektiologischen Gesellschaft, infektiologisches Update. Da gehen Ärzte hin, zahlen viel Geld dafür, kriegen dafür Fortbildungspunkte. Und da hat dann einer der führenden Mediziner einen Vortrag über *Clostridium difficile* gehalten. Den habe ich angeschrieben, gesagt: Das ist als Update eine schlechte Nummer. Weil das heißt ja seit einigen Jahren schon ganz anders. Da gibts keine Reaktion drauf!

Dr. Reiner Füllmich: Aber so erklärt sich dann auch, was uns Dr. Wodarg erläutert hat, wie es zu dieser Überdosierung von Hydroxychloroquine gekommen ist. Und nicht in der Prophylaxe, sondern in der eigentlichen Behandlung der Krankheit. Weil nämlich ein englischer Arzt sich schlichtweg geirrt hat. Zwei ähnlich klingende Medikamente miteinander verwechselt ... Und alle haben mitgemacht. Also wenn Sie mir das jetzt obendrauf erzählen, dann wundert mich überhaupt nichts mehr.

Antonia Fischer: Wann hat sich Deutschland an der Stelle abhängen lassen?

Dr. Thomas Ly: Ich würde sagen, das ist mindestens 15 Jahre her. Ich habe 2004/2005- 2007 in einem Projekt mitgearbeitet, hier aus Deutschland. Da ging es um die Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung in Krankenhäusern. Wir haben also ein Konzept aufgestellt: Wie kann man die medizinische Behandlungsqualität in Krankenhäusern überprüfen? Da haben wir auch alle deutschen Krankenhäuser eingeladen an dem Projekt mitzumachen. Es hat kein deutsches Krankenhaus mitmachen wollen. 2007 ist es dann dazu gekommen ... So habe ich das Krankenhaus in Bangkok kennengelernt, die wurden zertifiziert. Die haben mitgemacht und haben dieses Konzept übernommen. Ich habe dort die Zertifizierung vorgenommen und damals ist dann der ARTE-Sender mitgekommen. Die haben daraus eine Dokumentation gemacht. Dann haben die Krankenhäuser in Deutschland gesehen: „Oh, das ist aber ein tolles Krankenhaus. Oh, die haben ein tolles Qualitätsmanagement. Boah, cool! Das wollen wir auch alle haben.“ Und dann haben sie, aus Deutschland ... Ich wohne ja in Hannover unweit der Ärztekammer entfernt. Und dann hat die Ärztekammer eine Fortbildung gegeben und hat unter anderem ‚Qualitätsmanagement in Krankenhäusern‘ angeboten als Thema, und haben dazu dann einen Referenten aus Bangkok eingeladen nach dem Motto: „Wir wollen Euer Konzept kennenlernen, haben wir da im Film gesehen.“ Dann haben sie aus Bangkok mich angerufen und gesagt: „Thomas willst du da hingehen?“

Und ich habe gesagt: Nein, da will ich nicht hingehen. Weil die haben wir ja schließlich eingeladen, an dem Projekt mitzumachen vor vielen Jahren, und sie wollten alle nicht. Und jetzt laden sie euch ein, damit sie dann hören, was man besser machen kann. D.h. also, hier ist etwa vor 15 Jahren schon so eine Arroganz gewesen: „Wir sind zu gut, wir wissen alles.“ Und daneben haben wir in Deutschland ja auch ein Problem mit der Fehlerkultur: Wenn ich etwas falsch mache, bin ich schlecht. Nein, wenn du etwas falsch machst und du sagst es mir, dann können wir eine Lösung suchen, dann wird der Fehler nicht nochmal passieren. Denn genau so habe ich ja die Entwicklung des Qualitätsmanagement-Systems entwickeln können, indem ich überall gewesen bin. Jeder hatte für irgendwas eine tolle Idee. Wenn ich in ein Krankenhaus gegangen bin, habe ich immer auf der Station die Frage gestellt: „Es brennt jetzt bei Ihnen und wer kümmert sich um welchen Patienten?“ „Ja, da haben wir dann einen Plan.“ Ich sage: „Nein, es brennt jetzt. Wer muss einen Patienten rausschicken, wer muss rausgefahren werden, wer muss rausgetragen werden?“ „Da gibt es kein Konzept dafür.“ „Doch dafür gibt es ein Konzept.“ Und dann konnte man das Konzept auch implementieren. Also in Bangkok weiß man, wie das funktioniert. Die konnten das gleich zeigen. Und dann haben die Leute immer gedacht, ich wüsste das alles. Und dann habe ich gesagt: „Das ist nicht mein Wissen. Das Wissen habe ich von all denen zusammengetragen und jetzt optimieren wir das Ganze.“

Aber in Deutschland kann man sowas nicht. Also in Deutschland kann man keine Fragen stellen auf der Station: „Wo ist euer Problem?“ „Wir haben keine Probleme.“ Das fängt für mich immer lustig an, wenn ich in einem deutschen Krankenhaus bin und ich sehe, dass das Mittagessen gebracht wird. Dann wird der Wagen mit dem Mittagessen in die Mitte gestellt. Dann geht die Krankenschwester zum Wagen in der Mitte, nimmt das Essen heraus, geht den ganzen Flur entlang zum Zimmer, bringt es da rein, geht wieder zurück zum Wagen und holt das zweite Essen. Warum geht sie nicht mit dem Wagen dorthin? Sie könnte da ganz viele Meter sparen, aber: „Das machen wir immer so. Das haben wir schon immer so gemacht.“ Und Neuerungen werden kaum eingebracht.

Und wenn ich dann sehe, wie Krankenhäuser in Deutschland gebaut werden, kann ich verstehen, dass es zu immer mehr Stress führt. Denn Enge führt auch zu Stress, und Krankenhäuser in Deutschland sind klein und eng. Machen wir doch einfach ein bisschen mehr Platz in das Zimmer und immerhin ein bisschen mehr Platz auf den Fluren, dann wirkt alles nicht beengend und ist alles viel offener, und dann hat man eine ganz andere Stimmung. Dann würde sich auch vieles verändern. Aber in Deutschland hat man halt ... Fehlerkultur: „Nein! Ich bin immer der Beste. Ich brauche immer das Beste.“ Wie kann das sein, dass man in Deutschland ein Krankenhaus baut – in Hannover hat man ein neues Krankenhaus gebaut und hat vergessen, das Labor zu bauen. Hat aber auf's Dach eine teure Heli-Plattform gesetzt. Dann hab' ich mir die angeschaut – und ich fliege selber – und habe gefragt: „Ist da schon ein Hubschrauber gelandet?“ „Nein, warum?“ Ich sage: „Weil da Kieselsteine liegen.“ Also wie kann man unter eine Landeplattform Kieselsteine legen? Also, das sind so Sachen, wo ich sage, irgendeiner muss doch den Überblick haben. ... Aber, wir sehen es ja mit BER (Flughafen Berlin Brandenburg) und Stuttgart.

Dr. Reiner Füllmich: Wir sehen es überall! Wir sehen es überall! Wir sehen es in der Politik. Es laufen offenbar zu viele Pappnasen in der Gegend rum, die nach dem früher sogenannten „Peter-Prinzip“ solange hochgekrochen sind, bis sie an einem Punkt angelangt sind, wo sie nun wirklich überfordert sind. Und nur noch als Sprechpuppen unterwegs sind, ja.

Antonia Fischer: Spontan musste ich jetzt gerade an eine Fortbildung für Ärzte denken, an der wir beide teilgenommen haben, äh, wo es um die Diskussion ging: Wie oft darf man Einwegschläuche eigentlich benutzen?

Dr. Thomas Ly: Schon mal eine interessante Diskussion!

Antonia Fischer: Ja, ja. Ja, ja.

Dr. Reiner Füllmich: Wie der Name schon sagt, bis zu zwanzigmal, schätze ich.

Antonia Fischer: Ja, also wahrscheinlich auch öfter. Die These des einen Arztes, ein sehr erfahrener Arzt, der Privatarzt war: „Na ja, solange ich den Schlauch dafür nutze, um Flüssigkeiten aus einem Körper aus zu leiten, sei das ja kein Problem. Nur wenn eine Flüssigkeit in die andere Richtung ginge, dann müsste man aufpassen.“

Dr. Thomas Ly: Sehr logisch.

Dr. Reiner Füllmich: Oh, mein Gott!

Dr. Justus Hofmann: Ja, das kenn' ich. Da erinnere ich mich heute immer noch sehr gut dran, dass da ein Raunen durch den Saal ging, als dann eigentlich ein Kollege von uns den Leuten erklären musste, dass Einwegbesteck Einwegbesteck heißt, weil man es nur einmal nutzen darf und es danach auch nicht im Krankenhaus selber einfach abwaschen kann. Sondern, wenn man es aufbereiten haben möchte man das an ein Unternehmen gibt. Und die machen das, die sind zertifiziert und die machen das dann alles schön, wenn es sich denn dafür eignet. Das hat deren Fassungsvermögen gesprengt.

Antonia Fischer: Ja, ja. Also, es hieß dann: „Na ja, diese zertifizierten Unternehmen, die aufbereiten können, das sind doch auch nur Geldschneider, das können wir auch so gut.“

Dr. Justus Hofmann: Genau, das können wir auch im Haus machen, ja.

Dr. Reiner Füllmich: Das ist schon beängstigend. Dann müsste ich ja eigentlich auch als Hobbychirurg nebenher so Kleinigkeiten wie ein Blinddarm mit meiner Laubsäge erledigen können. Oder?

Dr. Thomas Ly: Müsste gehen ... (Gelächter)

Dr. Reiner Füllmich: Oh Mann, das ist wirklich beängstigend.

Dr. Thomas Ly: Ja, das ist, das ist ...

Dr. Reiner Füllmich: Warum, ist das in Thailand anders?

Dr. Thomas Ly: Ich glaube das liegt daran, das Thailand lange Zeit dargestellt wurde als so ein Schwellenland: „Die können ja sowieso nichts.“ Und dann haben einige Thailänder selber, die Gründer dieser Krankenhaus-Gruppe, die haben dann immer gesagt: „Nein, wir können's auch besser. Wir holen uns jetzt unsere Expertise und wir holen sie auch aus dem Ausland.“ Das heißt also: Alle Ärzte, die dort arbeiten – der Großteil hat auch im Ausland studiert, hat Fachausbildung im Ausland gemacht – die haben also die Expertise aus der ganzen Welt zusammengeholt. Und die Leute sind alle wieder nach Hause gekommen, um jetzt für ihre eigene Bevölkerung zu arbeiten. Und das hat auf der einen Seite für diese Mediziner einen ganz großen Schub gehabt. Weil, die werden anerkannt. „Ich gehe in die Welt. Ich kriege Wissen mit. Ich komme wieder zurück. Ich gebe es meinem Land zurück.“

Die haben dann mehr Spaß an der Arbeit gehabt, weil natürlich das Outcome besser war. Also, wenn ich besser ausgebildet bin, habe ich ein besseres Outcome.

Gleichzeitig ist es dann auch so, dass natürlich die ganzen Krankenschwestern, die werden ja auch alle anders ausgebildet. Man muss sich das so vorstellen, bei uns ist – eine Station ist nicht eine Station im Sinne wie in Deutschland. Da liegen nur die Magenkranken, da liegen nur die orthopädischen Fälle, da liegen nur die gynäkologischen Fälle. Nein, bei uns ist eine Station, und jenes Zimmer ist frei, da kommt der nächste Patient rein. Nicht, da kommt der nächste Hüftpatient rein oder der nächste Gallenpatient, da kommt der nächste Patient rein! Dementsprechend sind auf unseren Stationen die Schwestern auf allen Bereichen ausgebildet und auch nicht so belastet. Denn, wenn ich auf einer inneren Station arbeite, wo ich viele Leute habe mit Magenproblemen – also, wer nicht ordentlich essen kann, der ist immer schlecht gelaunt. Wenn ich also auf einer Station arbeite, wo alle schlecht gelaunt sind, dann ist das sehr belastend. Habe ich aber auf der Station nur einen der schlecht gelaunt ist, dann kann ich das verkraften und auch im positiven Sinne für den Patienten. Habe ich eine Station, wo ich nur viele übergewichtige Menschen mit einer neuen Hüfte habe, die ich da aus dem Bett mobilisieren muss, das ist anstrengend. Habe ich auf der Station aber nur einen davon und dafür noch einen der stinkig ist, weil er nicht gut essen kann, dann kompensiere ich das Ganze.

Und gleichzeitig haben die Schwestern auch das Fachwissen für die unterschiedlichen Bereiche. Und jetzt kommt der nächste, ganz gravierende Punkt. Wir treffen uns als Ärzte alle auf jeder Station. Das heißt, wenn ich in irgendeiner Weise nur eine Frage habe – eine Konsultation – dann muss ich nicht erst eine Konsultation anregen, sondern ich frage den gleich. „Guck mal hier ist der Fall.“ Oder, ich sage den Schwestern Bescheid: „Ihr sagt dem, wenn er kommt Bescheid, er soll hier draufgucken!“ Die Schwester weiß ja auch Bescheid von dem Fall. Und dann sagen die dem Bescheid. Das heißt, wir sind viel schneller im Agieren. Das heißt, wir können schneller agieren, wir schauen immer als Ganzes drauf, selbst wenn ich nur eine Komplikation habe. Ich habe jetzt eine infektiologische Komplikation und ich kann mir das nicht erklären. Dann frage ich einfach nach: „Was hat die Küche dem denn angeboten?“ Und dann kriege ich mit, oh, das war jetzt schlecht, der kriegt Antibiotika und gleichzeitig hat er jetzt noch ganz viel Zitrusfrüchte gekriegt. Also, Antibiotika macht den Darm viel kaputt und wenn ich da noch viele Zitrusfrüchte dazu mache, ist das ganz schlecht, dann kriegen die meistens einen ordentlichen Pilzbefall. Dann können wir das gleich besprechen.

Dann weiß man es gleich, ich mein, [man] gibt es weiter. Dann kriegen die Krankenschwestern Bescheid und wissen, beim Essen müssen wir darauf aufpassen. Das heißt, da ist eine Kommunikation innerhalb und gleichzeitig ist es eine Entlastung für das Personal, weil weniger Kommunikation notwendig ist, der man hinterherlaufen muss. Und auf der anderen Seite sind alle viel zufriedener.

Viviane Fischer, Anwältin für Wirtschaftsrecht: Jetzt möchte ich wirklich nochmals mein Entsetzen zum Ausdruck bringen. Wenn ich das vergleiche, mit dem, was jetzt ich von der Krankenschwester gestern erfahren hab, ja. Die hat uns das jetzt sozusagen erst mal vertraulich übermittelt: Also ein renommiertes Krankenhaus in Berlin, und das sind also 20 Personen, die sich da jetzt in dieser konkreten Abteilung da befinden. Und dann ist es so, dass das eben stark unterbesetzt ist. Teilweise sind das aber auch Leute, die sich beispielsweise nach einer Transplantation jetzt Corona eingefangen haben oder möglicherweise verschiedene Sachen eingefangen haben und eben deshalb dort auf der Station sind. Da ist ja gar niemand ausgebildet jetzt mit diesen ... da sind ja schwerst betreuungsbedürftige Patienten, die haben ja eine Hochrisiko-OP sozusagen hinter sich und

haben möglicherweise Abstoßungsreaktionen, was weiß ich, wo man auch speziell geschult sein muss.

Jetzt landen die wegen dem Corona quasi alle auf dieser Station. Also ich meine, wie kann das sein? Also da braucht man dann doch eigentlich besonders viel Expertise. Dann sind die teilweise dramatisch unterbesetzt und kümmern sich dann über Leute aus allen möglichen ... auch dann alte, die eben teilweise schwer krank sind. Aber auch Leute, die dann Platz wegnehmen, weil sie eben in Angst da erscheinen und also eigentlich nichts Besonderes haben. Aber eben wegen Corona da auch sind.

Das heißt, man hat eine ganz ungute Konstellation, wo ja, also würde ich auch sagen, also Risiken werden da hinzugefügt zu dieser Corona-Konstellation, die da eigentlich gar nicht reingehören und die auch in die Betrachtung der Fälle nicht reingehören. Ja, weil man hat, da kann ja jederzeit was schiefgehen mit so einem Transplantationspatienten, auch aus ganz anderen Gründen.

Dr. Thomas Ly, Arzt: Alleine dieser Punkt, dass man das so konzentriert, ist ja schon eine Gefährdung, denn: a) auch für das Personal. Wenn ich unter Stress stehe, dann mach ich Fehler. Also dann ist es wahrscheinlicher, dass ich einen Fehler mache. Ich sage, dann macht man irgendeinen Fehler. Wenn es nur das An- und Ausziehen ist.

Und das ist ja auch beispielsweise eines der großen Mythen, die sich mir aufgezeigt haben, als die Maskenpflicht bei Corona aufkam, wo ich gesagt habe: Ihr seid sehr schlau, indem ihr das mit der Maske jetzt machen wollt. Aber ihr vergesst voll und ganz, dass ... Ich fass mir dann öfter ins Gesicht. Und eine Infektion geht über Schleimhäute und die Augen gehören mit zu den Schleimhäuten. Also ich kann dann ganz gepflegt mal irgendwas nehmen und mir das ins Auge reiben. Und dann hab' ich die Infektion dadurch, dass ich nur die Maske die ganze Zeit angefasst habe. Und keiner fasst die Maske nur am Gummiband an. Das macht keiner! Also da müsste man spätestens dann noch sagen: Wenn du Maske tragen musst, musst du auch eine Brille tragen. Das wäre so die Grundvariante, um es überhaupt vernünftig zu machen. Weil, es sind Fehlerquellen, die dann reingebracht werden.

Wenn ich jetzt viele unterschiedlich Kranke mit Corona zusammenführe, dann ist das 'ne dumme Nummer, aus dem einfachen Grunde, denn ich habe ja da noch eine Virenlasterhöhung in dem Bereich. Das heißt, wenn ich hier – Sie sitzen da jetzt zu viert nebeneinander und Sie alle halten die Abstände ein. Aber bei Ihnen ist die Viruslast insgesamt größer, wenn Sie es alle hätten, als wenn ich hier sitze, einer da sitzt und einer da hinten sitzt. Das heißt, ich muss die auch auseinander ziehen, alleine nur um die Viruslast in dem Bereich zu verringern. Weil wir wissen: die Viren halten so lange nicht durch und wenn ich da noch schlau wäre und würde nicht mit Alkohol arbeiten, sondern mit UV-C-Licht, dann habe ich meinen Flur und meine Luft auch im Nullkommanichts gereinigt.

Also mit UV-C (ich nehm' einen Abluftkanal, sauge Luft an, mach UVC-Strahlen da rein) dann geht das einmal da durch und ist sofort komplett keimfrei auf der anderen Seite. UV-C-Strahlung funktioniert blitzschnell. Ich kann es über die Dosis dann erhöhen. Das heißt, ich könnte sehr, sehr schnell die Raumluft desinfizieren. Ich könnte auch ganz schnell die ganzen Oberflächen im Flur desinfizieren. Ich muss da – nur darf kein Mensch dabei sein, weil die Strahlung für Menschen ja auch schlecht ist, aber das muss ja nur mal kurz ausgeleuchtet werden. Das geht ganz, ganz schnell. Das macht man dreimal am Tag. Das dauert 'ne Minute und dann ist da alles keimfrei.

Aber ich muss die Keimlast, also die Virenlast dort reduzieren. Und wenn ich Leute konzentriert irgendwohin bringe, dann habe ich eine Erhöhung der Last. Das ist auch einer der Gründe, warum wir so viele Infektionen in deutschen Krankenhäusern haben. Ich habe immer Mehrbettzimmer, also so gut wie nur Mehrbettzimmer in Krankenhäusern. Und dann

sind die auch noch sehr eng. Und dann kommen da zwei Menschen rein, die, jeder bringt noch ein paar andere Krankheiten mit, und dann sind die zusammen in dem kleinen Zimmer. Und natürlich vermischen die sich da. Das heißt, würden wir größere Zimmer haben, hätten wir viel weniger Infektionen in den Krankenhäusern. Würden wir Einzelzimmer haben, würden wir es nochmals drastisch reduzieren.

Viviane Fischer, Anwältin für Wirtschaftsrecht: Und in Thailand hat man Einzelzimmer dann?

Dr. Thomas Ly, Arzt: Also wir haben nur Einzelzimmer. Und es ist auch so, dass auch noch in jedem Zimmer noch ein Sofa mit drinsteht, falls Angehörige kommen. Auch da möchten wir nicht, dass das alles zu eng ist. Aber das ist eines der Grundkonzepte gewesen. „Fläche und Isolation“ nennen wir es mal, das Einzelzimmer. Ich kann verstehen, dass es Leute gibt, die möchten nicht ganz alleine im Zimmer liegen. Das gibt's in Deutschland, aber das gibt es bei uns nicht. Wenn die Leute bei uns sich treffen wollen ...

Viviane Fischer, Anwältin für Wirtschaftsrecht: ... die Angehörigen mit dazu ...

Dr. Thomas Ly, Arzt: Für die Angehörigen, oder wenn die Leute bei uns sich treffen wollen, dann gibt es auch Gemeinschaftsräume. Also es ist nicht so, dass es nur das Zimmer gibt und den Flur und den OP. Sondern es gibt auch Gemeinschaftsräume, wo die Leute dann auch hingehen können.

Dr. Reiner Füllmich, Anwalt für Verbraucherschutz: Aber da sprechen wir jetzt ja, wenn wir über das Krankenhaus sprechen und über die, in Anführungsstrichen, „Isolation durch Abstand“, da sprechen wir ja über eine echte vulnerable Population. Da macht es Sinn. Aber im richtigen Leben unter lauter Gesunden, Symptomfreien – quatsch, ne?

Dr. Thomas Ly, Arzt: Hoffentlich, natürlich! Ich bin der festen Überzeugung, wenn wir einfach hingegangen wären und hätten uns von Anfang an nur noch auf Symptompatienten konzentriert, hätten wir gar nichts gemerkt. Wir hätten nichts gemerkt! Wir hätten auch jetzt gar nichts anderes feststellen können. Wir hätten vielleicht andere Sterbezahlen. Ich will aber nicht behaupten, dass die drastisch höher wären.

Dr. Reiner Füllmich, Anwalt für Verbraucherschutz: Nein, wie gesagt, wir haben die Meldungen aus Italien verifiziert: 94 % derjenigen, die angeblich an oder mit COVID gestorben sind, sind an vollkommen anderen Ursachen gestorben. Ich habe in einem Interview jetzt, mit einem schwedischen Sender, da war ein Virologe dabei, ein sehr erfahrener, der auch in den USA schon gearbeitet hat – 85 % derjenigen, die dort angeblich an oder mit COVID gestorben sind, sind an völlig anderen Sachen gestorben. Die letzten Meldungen hatte ich aus den USA. Das hab' ich dann den US-Kollegen gegeben – Bumm! Danach war's gelöscht. Ich habe es glücklicherweise ausgedruckt vorher. Danach sind auch in den USA 94 % der angeblich an oder mit COVID gestorben, an völlig anderen Ursachen gestorben.

Ab Min 1h 20:00:

Dr. Thomas Ly: Also, es ist – eigentlich gibt es gar keine Zahlen, die dafürsprechen, dass diese Maßnahmen überhaupt durchgeführt werden. Insbesondere – wir müssten ja, wenn wir wirklich das Ursprungsland China nehmen, und dann kommen wir jetzt auf drei „An/Mit“ pro 1

Mio. Einwohner. Und in Deutschland sind wir jetzt bei über 180. Also es ist – eine Million positiv Getestete habe ich heute, über eine Million positiv Getestete in Deutschland. Ja, und? Also, wenn es wirklich so schlimm ist, dann müssten doch von dieser einen Million positiv Getesteter irgendwas ganz Schlimmes da sein. Und gleichzeitig müssten wir eine Erhöhung der Fallzahlen im Klinikum sehen, was wir ja durch Helios glücklicherweise bestätigt jetzt haben. Nein, es ist nicht so, wie wir sehen im Vergleich zum Vorjahres-Zeitraum. Und es kann trotzdem auch jetzt sein, dass eine Influenzawelle dazu kommt und die Zahlen nochmal hoch gehen. Das mag sein. Es kann auch sein, dass wir einen ganz harten Winter kriegen und wir noch ein paar Unterkühlungstote haben. Das kann auch alles sein.

Dr. Reiner Füllmich: Aber das ändert im Gesamtschema nichts?

Dr. Thomas Ly: Nein, es ist und bleibt so, wie ich es mal ganz am Anfang dieser Pandemie genannt habe: Es ist eine „Konjunktivitis 2“. Weil, wir reden nur im Konjunktiv. Immer wird uns gesagt: Es passiert etwas, wir müssen davon ausgehen, dass ... , es könnte sein, dass ... So viel wie ich schon „könnte sein“, hätte doch irgendwann mal was passieren müssen. Und es ist nicht passiert. Und die Maßnahmen sind, wissenschaftlich belegt, nicht effektiv. Das gibt's mittlerweile auch in Massen, dass die Lockdowns nicht funktionieren. Warum sind die Sterbezahlen in den Lockdown-Ländern höher als in den Nicht-Lockdown-Ländern?

Dr. Reiner Füllmich: In den USA sogar unter den – in den einzelnen Staaten nachzuverfolgen – die Staaten, die keinen Lockdown gemacht haben, haben im Zweifel geringere Fallzahlen sogar, egal was dahintersteckt, als diejenigen, die harte Lockdowns gemacht haben. Und so sieht das weltweit aus. Also, es geht nicht um Fakten, es geht um was anderes.

Dr. Thomas Ly: Ich habe ganz am Anfang mal gesagt: Wir sind einfach zu dumm gewesen. Das war meine Einstellung am Anfang. Ich war am Anfang aber auch etwas enttäuscht. Wie ich gesagt habe: Ich habe versucht, über Tuberkulose es denen zu geben. Ich meine, es muss doch für jeden Wissenschaftler logisch gewesen sein, dass ein Tuberkulose-Bakterium auf einem Foto nicht sichtbar ist. Insbesondere, wenn es ein Schwarz-Weiß-Bild ist und nur eingefärbt sichtbar gemacht werden kann.

Warum nimmt man so etwas nicht an? Warum nimmt man den Hinweis mit der ersten Index-Patientin aus Deutschland, warum nimmt man den nicht an? Da habe ich mich dann schon gefragt: Was soll der Quatsch?

Ich habe auch diese infektiologische Expertise schon ganz oft auch Herrn Spahn und seinem Vorgänger angeboten. Da haben sie kein Interesse dran, weil: „Wir wissen alles“. Aber, wenn ihr alles wisst, warum muss ich euch dann korrigieren? Mit Clostridioides! Warum muss ich euch mit Borrelia ... ? Ihr seid doch die Institution und nicht ich, der kleine Hampelmann. Da habe ich mich dann schon gefragt: Also ist das jetzt noch Arroganz oder ist da was anderes? Bei hinter was anderem, da bin ich sehr, sehr skeptisch, weil ich mir sage: Da müssen so viel Idioten dabei sein, die es verraten.

Das ist dann so der andere Aspekt, den ich dabei sehe. Ansonsten sehe ich im Moment nur den Punkt: Die wissen nicht, wie sie ihren Kopf aus der Schlinge ziehen sollen.

Dr. Reiner Füllmich: Das halte ich auch für realistisch. Ich glaube schon, dass wir inzwischen genügend konkrete Anhaltspunkt dafür haben, dass es auch um was anderes geht. Aber es geht auch um Dummheit, ganz sicher. Sonst hätten wir nicht diese ganzen Kasper, die da draußen rumlaufen und offensichtlichen Stuss erzählen. Also wenn man Herrn Lauterbach oder Herrn Spahn oder Herrn – wie heißt er? – Tierarzt Wieler, wenn man denen zuhört,

dann fragt man sich: Welche Pilze haben die da eigentlich genommen, oder irgendwelche indianischen Sachen vor sich hin halluziniert? Das bringt ja überhaupt keinen Sinn mehr. Trotzdem führen die unser Land an und in dieses Chaos rein. Aber, ich glaub schon, dass auch eine Menge Dummheit, eine Menge Erpressbarkeit damit zu tun hat. Aber dem werden wir nachgehen, wenn wir so weit sind. Deswegen haben wir ja diese schwarzen Jäckchen für den Fall der Fälle und werden dann – auch in den USA und in Kanada, da bahnt sich das jetzt massiv an – die Schadensersatzansprüche geltend machen. Aber wir wollen erst mal das Spiel beenden. Das ist das Wichtige! Dazu gehören die Fakten, so wie Sie sie berichten und wie wir sie jetzt auch gleich noch von weiteren Personen hören werden. Und ich glaube auch, dass das wichtig ist, um überhaupt ins Gespräch zu kommen. Wenn wir jetzt schon anfangen unser „Oh“, oder ganz gespenstische Mächte dahinter, dann wird uns keiner zuhören wollen. Um das können wir uns später kümmern. Um die Schadensersatzansprüche kümmern wir uns später. Wir bereiten jetzt alles vor und wir legen jetzt erst mal in den Gerichten dar, dass erstens, die Gefährlichkeit der einer Grippe entspricht, zweitens, es keine asymptomatischen Infektionen gibt, jedenfalls die keine Bedeutung haben in diesem Zusammenhang, so viel steht fest, und dass der PCR-Test gar nichts über Infektionen aussagt.

Dr. Thomas Ly: Nehmen Sie noch dazu: Vergleichen Sie das neue Coronavirus mit den alten Coronaviren! Weil, ich würde gar nicht auf die Influenza kommen, ich würde wirklich nur bei den Coronaviren bleiben, und sagen: Die haben wir doch schon immer gehabt. Die haben wir sogar beiläufig, die haben wir nicht mal groß beachtet. Und wenn wir dabeibleiben, weil da haben wir auch die gesamte Literatur, die ist ja da. Da kann man reinschauen und da findet man dann auch bis hin zur Enzephalitis, dass das da beschrieben ist. Und dann – fangt mal da an! Also wenn wir, was weiß ich, die Altbekannten immer alle akzeptiert haben, dann muss beim Neuen, wenn wir es nicht akzeptieren, muss ja ein Grund sein, warum wir das jetzt nicht akzeptieren. Der muss schlimmer sein, als das, was die andern sind.

Dr. Reiner Füllmich: Ja, und immer wieder wird dabei vergessen, dass nicht wir als die Opfer der Maßnahmen beweisen müssen, dass die Scheiße sind, sondern die müssen beweisen, dass es sich um sinnvolle Maßnahmen handelt. Das gilt nicht nur für die Bereiche der Grundrechtseinschränkungen. Noch mal: Grundrechte sind Abwehrrechte des Einzelnen gegenüber dem Staat. Der Staat muss legitimieren, was er da macht. Und wenn er das nicht kann, dann hat er ein Problem und die, die das Ganze veranstaltet haben, erst recht. Aber das ist der nächste Schritt.

Dr. Justus P. Hoffmann: Ich möchte vielleicht, um den Punkt in seiner Absurdität noch mal anzuführen, wie sich das in der Rechtswirklichkeit darstellt – es wird schon in mehreren Ordnungswidrigkeiten wegen Maskenverstößen verfahren. Schreibt das Ordnungsamt dem Mandanten, er möge doch bitte seine Gründe für das Nichttragen der Maske darlegen – er hat gesagt: „Ich hab’ medizinische Gründe“ – und Er möge doch bitte seine Behandlungsdokumentationen, diesen ganzen Quatsch, er möge denen doch bitte das als Beweismittel zur Verfügung stellen, damit die dann Ordnungswidrigkeitsverfahren gegen ihn führen können. Also da, als ich das gelesen habe ... und nicht nur einmal, hab’ ich mir ..., ich bin im falschen Film. Das ist als würd’ ich sagen: „Wir haben Sie mit überhöhter Geschwindigkeit geblitzt. Wir haben zwar die Geschwindigkeit nicht genau gemessen. Können Sie uns vielleicht mal sagen, wie schnell Sie gefahren sind, damit wir da ein entsprechendes Bussgeld gegen Sie verhängen können.“ Das ist ... da sitzt ... Und vor allen Dingen in einem Fall, der Vizedirektor des Ordnungsamtes, selber veranlasst, schickt dieses

Schreiben an den Mandanten und meint das ernst. Der meint ernsthaft, dass der Mandant dazu verpflichtet ist, ihm bei seiner eigenen Überführung zu helfen. Also, das ist, also, das ist – also, da fehlen mir wirklich die Worte, weil ... Deswegen, ich kann das jedem nur sagen: Einfach wenn man deswegen belangt werden will, „ich habe medizinische Gründe“. Wie will der Staat beweisen, dass das nicht der Fall ist? Der Staat muss es beweisen. Wir sind nicht im Verwaltungsverfahren, wir sind im Ordnungswidrigkeitenrecht. Da gilt die Strafprozessordnung und die Unschuldsvermutung. Und wenn – deswegen kommen die ja auch und sagen: „Geben Sie uns doch bitte alles, damit wir Sie überführen können“. Und schreiben dann auch noch, dass ... und schreiben die Leute an: „Wir führen hier eine Beweiserhebung durch“.

Dieses Wort, dieses Wort wird benutzt! Wir führen hier eine Beweiserhebung, im Sinne von ... Was ist das, 45 OWiG in Verbindung mit 160 StPO? Das mag vieles sein, was er da macht, aber sicherlich keine Beweiserhebung. Und das ist aber ... auch da wieder nur, um Anschein zu erwecken, mit irgendeiner Form von Autorität handeln zu können, die einem überhaupt nicht zusteht, und ich weiß nicht wie ich es noch deutlicher sagen ... als würd' ich als Staatsanwältin sagen: „Wir verdächtigen Sie eines Mordes, bitte schicken Sie doch mal die Tatwaffe. Bringen Sie bitte die Leiche und das Messer mit.“ Also ...

Dr. Reiner Füllmich: Damit es auch Sinn macht, was ich hier als Kaspar da anstelle.

Thomas Ly: Also ich bin sehr erschrocken darüber, dass jetzt die Lehrkräfte in die Maskenatteste der Kinder reingucken dürfen, um da eine Diagnose dort zu finden.

Dr. Reiner Füllmich: Dürfen sie nicht.

Thomas Ly: Sie verlangen es aber. Und es steht ja in den Verordnungen drin, die dürfen das auch verlangen. Wo ich sage, das nächste Mal, wenn Unterricht für meine Tochter ausfällt, weil der Lehrer krank ist, dann möchte ich die Krankmeldung sehen und dann möchte ich entscheiden, ob der zu Hause bleiben darf, oder ob der vielleicht doch weiter unterrichten muss. Weil, das wäre ja der Umkehrschluss.

Dr. Reiner Füllmich: Das ist richtig. Beides ist illegal. Beides geht nicht. Wir haben aber eine Möglichkeit, dem zu begegnen. Das habt ihr euch sehr schön ausgedacht. Also wenn jemand die Diagnose haben will – und natürlich hat er keinen Anspruch darauf – dann können wir ihm schon helfen.

Thomas Ly: Ja, aber das Problem ist ja: Dann kommt der gesellschaftliche Druck!

Dr. Reiner Füllmich: Ja, in diesem ...

Antonia Fischer: Wir nehmen den dann raus.

Dr. Reiner Füllmich: Wir nehmen den dann raus. Wir haben da Wege.

Dr. Justus P. Hoffmann: Ich kann dazu nur sagen, ich hab' auch zunehmend den Eindruck – und das bestätigen mir auch Mandanten, die von Anfang an eben kritisch gewesen sind und die eben erstmals jetzt sozial geächtet gewesen sind, die viele von ihrem Freundeskreis und Bekanntenkreis auf der Arbeit verloren haben – die berichten mir jetzt auch, dass sie auf der Arbeit sitzen und da jetzt auch schon anfangen bei den Leuten, die vorher komplett auf Linie

waren, kritische Gespräche zu hören und wo man auch wieder miteingebunden wird. Und das ist vielleicht auch das, was einen so hoffnungsvoll machen sollte. Man darf gegen die Leute, noch gegen zu argumentieren. Das kann man machen, wenn man so tief in der Materie drin ist wie wir und selbst dann ist es stellenweise unmöglich, da noch was zu erreichen, weil die Situation emotional aufgeladen ist. Aber man hat bereits an dem Punkt gewonnen, indem man selber nicht einknickt. Weil irgendwann, irgendwann wird es auch bei den anderen Leuten ... die werden dann sehen, dass man selber nach dem lebt, was man sich selber vorgenommen hat und dass man nicht das Fähnchen im Wind ist. Und die sehen dann: Der trägt keine Maske zum Beispiel, oder der verhält sich so und so und dem passiert nichts. Und die sehen dann auf der anderen Seite eben auch die immer schärfer werdenden Maßnahmen, die immer nur damit begründet werden, dass die vorherigen scharfen Maßnahmen noch nicht scharf genug gewesen sind, weil sonst müssten wir ja einen Effekt sehen. Das ist wie das, was Mike Yeadon von unseren Freunden da aus England erzählt hat, die gesagt haben: „Ja, ich weiß auch nicht, wo die Hunderttausenden von Toten sind, die wir berechnet haben.“ Die müssten ja langsam irgendwann mal kommen, ohne vielleicht zu berücksichtigen, dass man sich auch einfach verrechnet haben könnte oder falsche Vorstellungen gehabt haben könnte. Und von daher: Man hat, wie gesagt, man hat schon dann gewonnen, wenn man dem Druck nicht nachgibt. Sagt sich so leicht, aber ich bin der Überzeugung, dass das auch auf der gesellschaftlichen Ebene langsam durchsickert, weil die Leute einfach die Schnauze voll haben.

Das ist ein Trugschluss, wenn man sich dann irgendwelche ... Deswegen sollten sich alle von sozialen Medien wie Twitter und so, einfach fernhalten, wenn man sich da unter irgendwelchen ... von was der berühmte Professor Doktor da von der Charité schon wieder postet, der da beleidigt war, weil man ihn zur WHO nicht eingeladen hat, und ich frage: „Frag dich doch mal warum!“ Das wäre doch mal eine interessante Frage, warum man da nicht eingeladen wird. Aber ich glaube, die Frage stellt man sich nicht, wenn man dieses Persönlichkeitsprofil hat. Und dann kuckt man da die ... und ja, die ganzen blöden Coronaleugner. Auch da, das ist eine ganz, ganz laute Minderheit inzwischen, die wirklich diesem Fanatismus anheimgefallen ist, zu sagen: Wir müssen das bis zum bitteren Ende durchziehen. Wahrscheinlich auch wenn man einen ganz schweren Fall von Kauf-Reue hat, „false Investment Bios“, wie man so schön sagt. Die haben da alles auf diese eine Karte gesetzt und können genauso wie die Politik – finden keinen Ausweg mehr, um ihr Gesicht während da rauszukommen und müssen deswegen bis zum Ende durchziehen. Aber ich bin wirklich der Überzeugung, dass es – Facebook, Twitter, das täuscht alles. Das sind Leute, die sich dazu berufen fühlen, da noch mal drauf zu hauen. Das sind die gleichen Leute, die vor achtzig Jahren sich entsprechend verhalten hätten. Das sind die gleichen Leute, die sich in der DDR freiwillig zur SIM (Sicherungs-IM) gemeldet hätten. Und das sind Leute, die vielleicht auch sonst nichts Besseres zu tun haben oder vielleicht auch eine Bewältigungsstrategie, ich weiß es nicht. Aber man darf sich davon, glaub ich, wirklich nicht beirren lassen.

Viviane Fischer: Fragt sich sogar, ob dies authentische Statements sind – ist ja auch noch möglich, dass die gar nicht ...

Dr. Justus P. Hoffmann: Ja, ja ... schon ...

Dr. Reiner Füllmich: Wir wissen ja inzwischen, ich hab' das neulich, ich hab' das neulich schon mal berichtet, wir haben die ... ich hab' in die Senatsanhörungen in den USA reingeguckt, wo diese drei oder vier großen Social Media Chefs angehört wurden.

Zuckerberg und der andere ist mir noch in Erinnerung, Jack Dorsey von – also Zuckerberg von Facebook und Jack Dorsey von Twitter. Also erstens, man sieht ihnen schon an, dass die nicht alle Tassen im Schrank haben und zweitens sind sie durch die Befragungen der Republikaner wohlbermerkt ... Bob Kennedy hat neulich in einem Zoom zu uns gesagt: „Es ist so peinlich, ich bin Demokrat und muss mitansehen, wie die Demokraten diesen Scheiß mitmachen. Es sind nur noch die Republikaner, die da aufräumen“. Jedenfalls, die gerieten so unter Druck, dass sie zugestehen mussten: „Ja, wir heuern hier sogenannte externe Fakten-Checker an für viel Geld. Die schreiben dann Berichte für uns unter einem anderen Namen.“ Und diese Berichte nehmen sie dann in Bezug, um zu sagen: „Wolfgang Wodarg, Reiner Füllmich, Thomas Ly erzählen Mist.“ Also Fakten-Checking, das sieht wohl ein bisschen anders aus als das, was wir da sehen. Aber ich kann nur sagen, eines Tages kommen wir mit dem schwarzen Mantel und dann klären wir das. Jedenfalls müssen wir vorsichtig bleiben. Das ist sicherlich richtig vor solchen Manipulationen.

Dr. Justus P. Hoffmann: Aber das bestätigt für mich auch meine Einschätzung, dass wenn wir die eine oder andere Gestalt, die sich ja im Fernsehen jüngst nicht so souverän gezeigt hat, als es um die Besprechung möglicher rechtlicher Schritte gegen sie und andere Personen ging. Ich nenne da jetzt mal keine Namen, tu's dieser Person gleich. Weil, wenn die uns ignoriert, ignoriere ich sie auch. Wenn diese Person der Meinung wäre, dass an der Sache was dran wäre, würde diese Person uns ja direkt ansprechen, nicht wahr? Aber da würde man ja zu viel riskieren. Also wenn man sich anschaut, wie die Reaktion, was da schon für 'ne, für 'ne Anspannung drin ist in bestimmten Leuten, bin ich nach wie vor sehr zuversichtlich: Wenn die irgendwo mal, und sei es nur auf der Zeugenbank, Platz nehmen müssen, halten die ungefähr fünf Minuten durch.

Dr. Reiner Füllmich: Maximal.

Dr. Justus P.Hoffmann: Maximal fünf Minuten!

Dr. Reiner Füllmich: Das hört schon auf bei der Frage nach der Person.

Viviane Fischer: Ich würde gerne zurückkommen auf die ... oder Antonia, du wolltest gerade ...

Antonia Fischer: Ja, ich will auch zurückkommen, nämlich noch mal zu den Sozialen Medien und ja, zur Medizin an sich, nämlich Röntgenbilder und meiner medizinischen Unwissenheit. Durch die Sozialen Medien kursiert ein Röntgenbild einer Lunge, sag ich mal, mit so einer weißen „Aufwölkung“ und so weiter, und darüber steht: „Seht, so schlimm sieht eine COVID-19-Lunge aus“. Ich hab' mir das Bild angeguckt und dachte mir: Komisch, sieht aus wie COPD, hätte ich jetzt gedacht! Nun meine Frage dazu: Gibt es die typische COVID-19-Lunge? Und sieht die so aus wie eine COPD Lunge?

Dr. Thomas Ly: Es kann keine typische Coronalunge geben, denn wie ich ja eingangs angeführt habe: Es betrifft die oberen Atemwege. Die Lungenentzündung durch Coronaviren ist entweder eine Komplikation oder eine Suprainfektion. Das heißt, ich hab' da noch Pneumokokken, paar Bakterien oder andere Viren drin und dann kommen die Coronas noch, die da im Hals sitzen, rutschen da noch mit rauf. Und da wir dieses Virus erst gerade neu kennen, es ist ja noch nicht mal ein Jahr alt, kann das nichts Typisches sein. Also was typisch ist, dafür brauchen wir erst mal ein bisschen Zeit und ganz viele Fallzahlen, um dann

zu sagen: Ist das typisch oder ist das typisch? Das ist jetzt ein Ansatz, den wir machen mit dieser Frage nach dem: Lasst uns bitte in die Krankenakten der Schwerkranken reingucken. Weil wir können vielleicht etwas Typisches finden. Aber ein typisches Lungenbild kann es ja nicht sein, denn es befällt ja vornehmlich nur einen ganz geringen Satz an Leuten, die dann eine schwere Verlaufsform überhaupt haben. Und darum: Es kann nicht sein.

Antonia Fischer: Das hoffte ich zu hören.

Dr. Justus P.Hoffmann: Wir wussten ja auch schon, offensichtlich drei Monate nachdem Corona aufgetreten ist, was die Spätfolgen sein werden. Das wussten wir ja

Dr. Thomas Ly: Ja, das war ja ... das hatte ich auch in einem Gespräch, nach dem Motto: „Aber die ganze Spätfolgen ...“, habe ich gesagt: „Es ist noch gar nicht spät. Es kann gar keine Spätfolgen haben.“ Das sind da so die Momente, aber natürlich, das sind die Argumente auf der einen Seite. Man darf auch nicht vergessen, ich habe das mal so beschrieben: Wenn wir hingehen und an Menschen operieren, dann kann der ja auch bluten. Dann kann ich auch ein ganz böses Bild daraus machen. So ‘ne „Riesenblutlache“. Ich kann aber auch sagen, wenn wir operieren, blutet es immer. Und wir haben immer von irgendwas mal einen schlimmen Fall. Und wenn ich nun ein schlimmes Bild nehme und es da reinhalte und dann sag ich: „Guck mal, so schlimm ist es“, dann ist es immer nur irgendjemand, der ein bisschen dramatisieren möchte. Und ich bin auch sehr enttäuscht von den Worten, die wir jetzt im Moment auch gerade wieder aktuell hören, wenn man wieder anfängt von der Triage zu reden. Also, wenn ich als Arzt arbeite, dann ist die Triage für mich etwas Normales. Also jeder Notarzt, der zum Verkehrsunfall fährt, der führt diese Triage in den Ansätzen schon durch, weil er sagt: „Der zuerst, der als Zweites, der als Drittes“. Daneben haben wir jeden Tag Schwerstverletzte, die in Krankenhäuser eingeliefert wurden, wo die Chirurgen auch sagen: operieren oder lieber „gehen lassen“. Es wird nicht immer um allentwillen operiert, gemacht und getan. Manchmal heißt es auch: Zu spät! Die Angehörigen nochmal kommen lassen und ... Also wer jetzt sagt, ich als Arzt, ich will das nicht entscheiden – obwohl die Fallzahlen noch gar nicht da sind – der ist in meinen Augen auch schon an der falschen Stelle. Und ich muss auch dazu sagen – ich kann’s mir erlauben, ich bin ja nicht hier in Deutschland tätig – ich möchte auch, dass diese Ärzte, die da mitspielen, nachher auch zur Verantwortung gezogen werden. Das wollen wir auch.

Dr. Reiner Füllmich: Das wollen wir auch.

Dr. Thomas Ly: Ein Arzt, der hinget und jetzt sagt: Ich habe hier ein kleines Kind, das hat irgendwelche Gründe, dass es die Maske nicht tragen kann, und ich stelle kein Maskenattest aus – das ist für mich unterlassene Hilfeleistung! Genau das gleiche wie diese ...

Dr. Reiner Füllmich: Das ist Körperverletzung.

Dr. Thomas Ly: Genau das Gleiche wie diese „Nicht-Durchführung“ von Differenzialdiagnosen. Nach dem Motto, da kommt einer zu mir rein – ich hatte das gestern mit Matthias Burkhard im Telefonat – noch ganz kurz haben wir darüber gesprochen. Und dann hat er mir auch gesagt: „Ja du hast ... ist ein gutes Beispiel.“ Wenn ich jetzt jeden nur nach einer Zecke absuchen würde, der gleichzeitig aber einen Hund hat, der ihn in die Kehle beißt, dann ist es aus ärztlicher Sicht falsch, mich um die Zecke zu kümmern.

Dr. Reiner Füllmich: Ja, würd' ich meinen. Auch aus juristischer Sicht ist das falsch.

Dr. Thomas Ly: Ja, und das aber machen wir gegenwärtig. Mir ist ein Fall bekannt, da ist eine Patientin oder ein Patient mit einer intrazerebralen Blutung als Notfall ins Krankenhaus geliefert worden, und sie konnte nicht operiert werden, weil kein Intensivbett frei gegeben war. Weil, die mussten leer gehalten werden für die Coronapatienten.

Viviane Fischer: Das ist wirklich krass. „...“

Dr. Thomas Ly: Und dann wird diese Patientin verlegt. Ich möchte jetzt nicht sagen, was danach passiert ist, aber wie kann so etwas passieren! Wie können wir wegen einer Lungenentzündung Betten freihalten, wenn wir hier einen Patienten haben, der etwas braucht?

Dr. Reiner Füllmich: Weil wir zu viele „Mengele's“ rumlaufen haben da draußen, fürchte ich!

Dr. Viviane Fischer: Aber wir haben auch, also ich hatte jetzt auch gerade einen Vorgang, wo eine ..., die Mutter einer Person, mit der wir auch näher zu tun haben, die im Krankenhaus war wegen Nierenversagen, wurde da auch untersucht. Da hat man zwei Coronatests gemacht und wartete bei dem einen noch auf das Ergebnis und dann wollte man einen dritten machen. Dann hat also der Sohn gesagt, das möchte er jetzt nicht, die wollten das beide nicht. Und da gabs auch gar keine Erklärung. Die sollte aber am nächsten Tag in einem anderen Krankenhaus untersucht werden, weil wegen ihres Nierenversagens geguckt werden sollte, ob sie vielleicht irgend am Herz was hat. Da bestand der Termin schon, sollte verlegt werden und dann hat man hat plötzlich gesagt: Wir verlegen sie jetzt nicht, wenn sie nicht den dritten Coronatest ...

Dr. Thomas Ly: Sie braucht auch wieder einen, wenn der so alt ist ...

Dr. Viviane Fischer: Ja, genau. Aber die hatten ja schon einen gemacht, wo sie noch auf das Ergebnis, die Ergebnisse warteten. Das war völlig absurd, die ganze Geschichte. Aber dann diese Frau, die ja dann eh schon schwer krank ist, jetzt auch noch zu quälen, indem man sagt, wir verlegen sie jetzt nicht und wenn sie sie jetzt nicht verlegt hätten, um dann diese Untersuchung, diese wichtige durchzuführen, da hat man's ja auch wieder mit dem Fall der unterlassenen Hilfeleistung, Körperverletzung zu tun. Also es geht gar nicht. Zum Glück hat sich dann das geregelt, aber auch nur nachdem ich mich da als Anwältin eingeschaltet habe. Ich meine, das kann ja gar nicht sein.

Dr. Thomas Ly: Das ist eben dieser Punkt wo ich sage: Da müssen auch die Ärzte zur Verantwortung gezogen werden. Denn da muss ich auch als Arzt sagen, selbst wenn ich einen Notfall habe. Der wird da eingeliefert und blutüberströmt, was weiß ich, ganz schlimme Situation, dann geh ich als Arzt auch nicht unbedingt hin und fange an erst mal meine Hände zu desinfizieren, sondern jetzt muss erst mal das gemacht werden. Und da eben sehe ich diese große, große, beschämende Variante an, die wir in der Ärzteschaft jetzt feststellen müssen, die a) dieses Spiel mitmachen, b) die nicht mehr im Sinne des Patienten agieren und die c) nicht mehr die Grundlagen – und das sind die Differenzialdiagnosen – entsprechend einfordern und sich nur darauf berufen: Ich muss das jetzt machen und erst dann kann ich was anderes machen. Also, das ist für mich völlig beschämend, was da in dieser Welt passiert und da sag ich auch: Ärzte müssen regelmäßig Fortbildung machen.

Also die, die das gerade mitmachen, die sollten erst nochmal 'ne Grundausbildung machen. Weil, ...

Dr. Reiner Füllmich: Das ist, das beschränkt sich nicht auf ihren Berufsstand, das beschränkt sich nicht auf ihren Berufsstand. Bei uns ist es doch ähnlich. Wir haben viel zu viele, die Rechtsbeistand verweigern. An die sich Leute, Rechtsuchende wenden und die sagen: „Mach ich nicht“, weil sie Angst haben aus Großkanzleien rauszufliegen, weil sie Angst haben ihre Mainstreammandanten zu verlieren, was weiß ich wovor die Angst haben, vielleicht sogar vor sich selbst. Aber das ist leider im Moment ... leider kommen wir ja immer auf diesen Punkt zurück. Das ist das treibende Element, Angst und Panik. Und das muss man versuchen durch Faktenaufklärung zu beseitigen. Und zwar jetzt im Moment, glaub ich, in erster Linie muss das in den Gerichten erfolgen.

Dr. Justus P. Hoffmann: Das was Sie beschreiben ist ja genau ein Symptom für etwas, wenn man da mal nur fünf Sekunden darüber nachdenken würde, müsste einem doch eigentlich auffallen, was das für eine paradoxe Situation ist: Dass wir einerseits den kompletten Staat umkrepeln wegen Infektionsschutz, wegen Schutz der „Volksgesundheit“ – hatten wir ja schon mal. Es hat blendend funktioniert, den Staat diesem Dogma unterzuordnen. Aber wir machen alles Mögliche, mit Intensivbetten freihalten bis Maske tragen und dann ... Ist aber wirklich jemand im Krankenhaus, der akut in dem Moment Hilfe braucht ... Wir übertreiben voll, betreiben vorher die große Geisterjagd, wo niemandem direkt irgendwie nachweisbar damit geholfen ist, und da liegt einer, der wirklich Hilfe braucht und dann sagen wir: Jetzt machen wir erst mal 'ne Liste, die und die Bedingungen musst du erfüllen und ein Bett ist leider nicht frei wegen Corona und da ist die Tür.

Dr. Thomas Ly: Ich mach mir große Sorgen für die Zeit danach, denn sie erinnern sich sicherlich noch daran, vor ein paar Jahren kam dieses Zikavirus von Französisch-Polynesien über die Welt bis nach Südamerika. Und dann auf einmal alles nur noch Mikrozephalie, alles nur noch diese kleinen Köpfe, angeblich durch dieses Virus. Schon der erste Bericht, der in Südamerika rausgegeben wurde, auf den sich alle berufen haben, da stand schon drin, dass das nicht repräsentativ ist. Also das war schon im Ersten mit drin und trotzdem haben sie diese riesen Zikanummer gefahren. Und ich hatte jetzt im letzten Jahr noch eine Anfrage von einem jungen Pärchen, die geheiratet haben und die wollten nach Hawaii reisen. Und die haben sich dann eine reisemedizinische Beratung geholt und da wurde ihnen gesagt: Ja, aber sie sollen ... Schwangerschaftsverhütung, weil Zikavirus, da könnte ja eine Mikrozephalie daraus kommen. Und dann haben Sie sich an mich gewandt, nach dem Motto: „Das haben wir jetzt alles gehört, haben Sie da noch eine andere Idee?“ Und da hab' ich gesagt: Haben Sie denn den Arzt oder die Ärztin, die Sie da aufgeklärt hat mal gefragt, wie viele Zikafälle denn auf Hawaii sind? Und wie viele da in den letzten Jahren geboren sind, ohne Mikrozephalie? „Nee.“ Ich sag Null. Also ich würde an Ihrer Stelle sagen, das ist Ihre Hochzeitsreise und vielleicht denken Sie nicht darüber nach.

Aber diese Angst ist weiterhin da und die Ärzte vermitteln es weiter. Also ich sage: Fortbildung ist ja Zwang bei uns, also dann sollte die Fortbildung auch so sein, dass da was rauskommt dabei und nicht, dass sich so etwas hält. Was soll sich denn jetzt aus Corona entwickeln. Also ich hätte – ich kenne im Schnitt über 1.500 Infektionskrankheiten – also ich könnte mir ein paar viel Schlimmere ausdenken. Ich könnte auch aus den 1.500 welche raussuchen, die sind so grausam, die könnt ich auch mit Panik schüren. Aber brauch ich nicht, weil ich bleibe dabei realistisch. Und selbst wenn ich eine ganz extreme Krankheit finde, hab' ich damit auch kein Problem, weil ich weiß, wie ich damit umzugehen habe. Also, ich hätte auch kein Problem, einen Ebolafall zu behandeln, hätte ich auch gar kein Problem

damit. Und das ist eben genau das, was gegenwärtig fehlt. Wir haben einfach diese mangelnde Expertise. Die Leute sind jetzt schon bei so einem Coronavirus so was von in Panik, dass ich mich frage, wie lange wird diese Panik hinten dranbleiben, bis wir irgendwann mal bei einem Schnupfen nicht mehr zusammenzucken – denn es muss ja nur noch einer niesen, dann sind alle schon ...

Dr. Reiner Füllmich: Ja, ja. So ist es!

Dr. Viviane Fischer: So ging es ja, dass sich jetzt dazu noch eine weitere Causa draufsattelt und zwar diese Impfung. Also wir laufen ja jetzt quasi wegen der „Zecke“ – also ich will das jetzt nicht kleinreden, weil da ja auch Leute tatsächlich krank sind und betroffen sind. Aber wir haben sozusagen ein handhabbares Problem, wo wir jetzt eigentlich, so wie ich Sie verstehe und wie es sich auch für uns dargestellt hat, natürlich jetzt eigentlich nicht prophylaktisch mit einer Impfung tätig werden müssten, sozusagen generell. Und jetzt haben wir noch dazu einen Impfstoff, der völlig unerforscht ist, der, wie man immer deutlicher sieht, an ganz vielen verschiedenen Stellen Probleme erwarten lässt. Ja, und damit setzen wir sozusagen eine neue gesundheitliche – wie will man sagen – machen wir eine Schneise in die Bevölkerung, wo sich weitere Probleme draufsatteln können, wo wir unter Umständen deshalb dann viele Kranke in Zukunft haben können.

Dr. Thomas Ly: Zum einen ist bei der Impfung zu sagen: Wir haben das große Problem mit der Impfung, dass wir impfen in einer Zeit, wo die Leute sowieso krank sind. Wir haben jetzt die Erkältungszeit, das heißt, die sind sowieso immungeschwächt. Einen Immungeschwächten impfe ich normalerweise nicht. Wenn jemand zu einer Impfung kommt, dann sage ich immer: „Erst mal checken ob du gesund bist.“ Ich schau auch in den Hals rein, ob da irgendeine Rötung ist, weil ich möchte nur einen gesunden Menschen impfen und möchte, dass der dann in einem Umfeld ist, wo er nicht noch eine weitere Infektion obendrauf bekommt. Das ist der erste Punkt. Der zweite Punkt ist, wir haben SARS und MERS, die Coronaviren, die mal so schlimm waren mit 100.000 Toten, wohlgemerkt, aber da haben wir auch keinen Impfstoff hingekriegt und das kennen wir jetzt schon viele, viele Jahre. Warum machen wir jetzt diese Nummer? Für mich ist es nicht nachvollziehbar.

Reiner Füllmich: Vor allem, nachdem wir von ihren italienischen Kollegen hier gehört haben, dass das einer der Gründe dafür war, das Hineinimpfen in diese ohnehin schon die Abwehrkräfte belastende Zeit, genau das war einer der Gründe. Der andere natürlich auch, dieser Quatsch da, Krankenhäuser leer und alle rein in die Altenheime, na ja, das hat es dann eben sozusagen verdoppelt, das Risiko. Das leuchtet doch aber jedem – sie sind Mediziner – aber das leuchtet sofort auch uns hier ein. Also einige von uns machen Medizinrecht, aber trotzdem sind wir keine Mediziner. Aber das ist doch gesunder Menschenverstand, das weiß man doch.

Falls Sie interessiert sind, zum gleichen Thema noch weitere Experten, wie zum Beispiel Dr. Wolfgang Wodarg und andere zu hören, können Sie die mehrstündige 29. Live-Sitzung auf der Homepage des Corona-Ausschusses weiterschauen.

von pb

Quellen:

Coronaausschuss:

<https://corona-ausschuss.de>

Coronaausschuss:

<https://corona-ausschuss.de>

Ärzte für Aufklärung:

www.AerztefuerAufklaerung.de

Zitat von Journalist Wolfram Weidner:

<https://zitate.woxikon.de/politik/1159-wolfram-weidner-politik-machen-den-leuten-soviel-angst-einjagen-dass-ihnen-jede-loesung-recht-ist>

Video Interview mit Thomas Ly:

<https://corona-ausschuss.de/sitzungen/Livestream29>, Minute 17:34 bis 1:47:58

Oder <https://www.youtube.com/watch?v=MxTFcBIDbkQ&feature=youtu.be>

Das könnte Sie auch interessieren:

#Medienzensur - www.kla.tv/Medienzensur

#MeinungUngeschminkt - ungeschminkt - www.kla.tv/MeinungUngeschminkt

#Coronavirus - www.kla.tv/Coronavirus

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.