



Dienstag, 26. Mai 2020, 14:00 Uhr  
~11 Minuten Lesezeit

# Auf Leben und Tod

Im medizinischen Sektor hat die Regulierungswut des Staates teilweise lebensgefährliche Auswirkungen.

von Stefan Böhme  
Foto: Zolnerek/Shutterstock.com

*Unsere Gesellschaft krankt an einem Standardisierungsdruck, der in großen Teilen auf den übermäßigen Einfluss des Staates und dessen abstrakte Organisation zurückgeht. Was im Bereich der Technik*

*und Wirtschaft durchaus Sinn machen kann, zerstört im kulturellen, wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Leben insgesamt die schöpferische Kraft der freien Individualität. Diese gefährliche Pathologie unserer Gesellschaft entwickelt sich in der Medizin zu einer Frage von Leben und Tod, nicht nur im übertragenen Sinne.*

**Der Grad der Gefährlichkeit einer Krankheit hängt direkt mit ihrer Therapierbarkeit zusammen.**

Am Anfang wurden die staatlich verordneten Maßnahmen auf allen Kanälen mit dem Erhalt ausreichender Beatmungsbetten begründet: „Flatten the Curve“ hieß es in schönstem Denglisch und Harald Lesch klärte uns in Terra X alle auf (1). Später wurde verkündet, eine Rückkehr zu unseren grundgesetzlich garantierten Rechten und also ein Ende der Notverordnungen sei erst absehbar, wenn es eine Impfung für alle gäbe. Ein Medikament, so die Kanzlerin am Ostersamstag, gäbe es noch nicht (2).

Nie zuvor haben wir so viele Bilder von sedierten, auf dem Bauch liegenden und beatmeten Menschen auf Intensivstationen in aller Welt gesehen. Ihr Überleben scheint von nichts anderem abzuhängen. Deutschland erhöhte die entsprechenden Kapazitäten erheblich. Am 20. April 2020 hieß es im deutschen Ärzteblatt, zur Zeit gäbe es "mindestens 30.058 Intensivbetten. 17.393 da-von sind belegt und 12.665 frei" (3). Mit dieser Ausstattung hat sich die medizinische Infrastruktur in Deutschland zur Freude vieler letztlich doch als krisenstabil erwiesen und die entsprechenden Überlebensraten sind gegenüber anderen Ländern sehr gut. Die sogenannte Übersterblichkeit ist im Durchschnitt diesen Winter

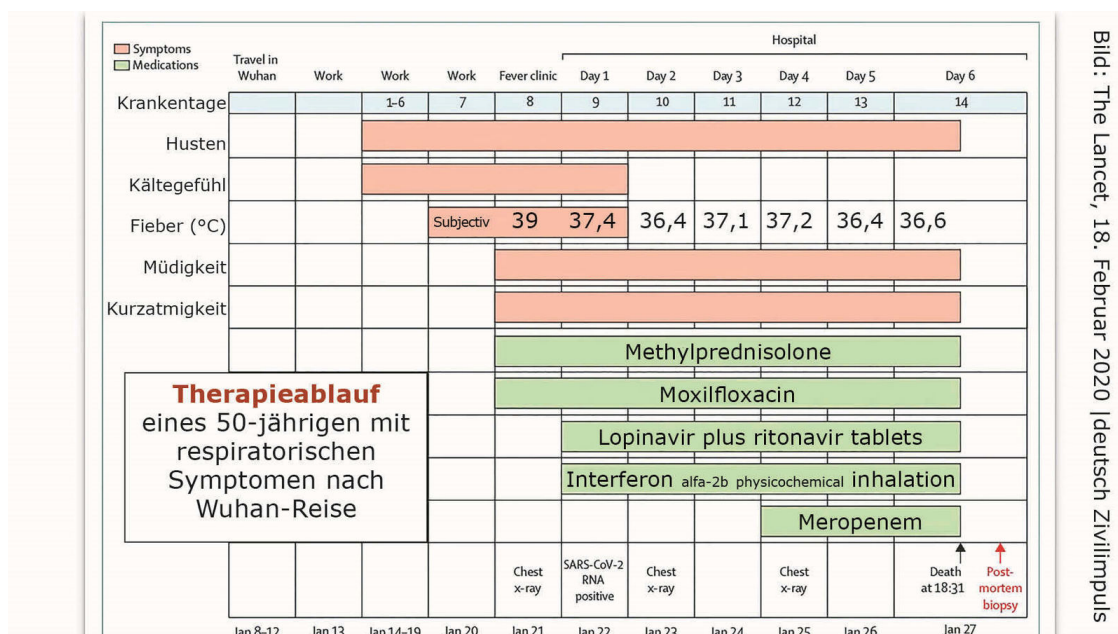
sogar geringer als in den vergangenen Jahren. Tod, wo ist dein Stachel? Hölle, wo dein Sieg?, möchte man mit 1 Korinther 15,55 rufen.

## Behandlungsfehler als Quasi-Standard

Trotzdem wurden von verschiedenen Seiten Stimmen laut, die die schulmedizinisch praktizierte Therapie bei COVID-19 anzweifeln. Der Kieler Autor des Buchs „Der Viruswahn“ und Internist Dr. Claus Köhnlein wies in mindestens zwei Interviews (4) auf eine vom *Lancet* veröffentlichte Einzelfallschilderung hin, in der im Detail die Medikation eines verstorbenen COVID-19-Patienten dokumentiert wurde. Freilich um zu zeigen, dass trotz der intensiven Behandlung der Virus nicht zu bekämpfen war.

***Doch Köhnlein ist der Überzeugung, dass der Kranke nicht trotz, sondern wegen der Behandlung gestorben ist, da die angewandten Mittel eine immunsuppressive Wirkung entfalten würden.***

Kurz vor seinem Tod hatte man dem Patienten das Fieber komplett ausgeschaltet.



Und nun kommt sogar das Allheilmittel Intubation in die Kritik.

Im Rahmen des britischen *Intensive Care National Audit and Research Center* (ICNARC) wurden die Daten von 2.883 Erkrankten mit schweren COVID-19-Verläufen ausgewertet. Die Sterblichkeit derjenigen, die künstlich beatmet wurden, lag bei erschreckenden 51,6 Prozent und damit wesentlich höher als bei anderen Virus-pneumonien (5). Während maschineller Beatmung, aufgrund von Influenza, sterben laut ICNARC lediglich 22 Prozent. Rund vier von fünf Betroffenen überleben normalerweise also eine solche Behandlung. Ist schnelle Intubation bei COVID-19 kontraindiziert? Auch die WDR-Sendung Monitor brachte am 30. April 2020 einen Beitrag unter dem Titel „Beatmung von Covid-19 Patienten: Spiel mit dem Feuer?“

Sehr interessant ist die Antwort der Redaktion auf die öffentlich geäußerte massive Kritik der *Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin* (DGAI) und des Berufsverbandes *Deutscher Anästhesisten* (BDA)(6).

## **Verband wehrt sich gegen Kritik**

Die Diskussion gewann in der Öffentlichkeit so breiten Boden (7), dass sich die *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin* (DGP) genötigt sah, mit einem von 12 Autoren verfassten Positionspapier dagegen zu halten (8).

In seiner Eigenschaft als Präsident des geschäftsführenden Vorstands dieser Gesellschaft stellte der Pneumologe Prof. Dr. Michael Pfeifer fest, dass nicht allein aufgrund schlechter Blutgase intubiert werde. Neben der Herzfrequenz, die ein Maß für die Belastung des Kreislaufes abgebe, sei es... „wichtig (...), vor allem für die Klinik, ob der Patient wach ist, vielleicht gestresst und ängstlich

wirkt oder schwitzt". Auf die Anschauung, dem Patienten durch Sedierung und Intubation den Stress zunehmen, kommen wir am Ende noch einmal zurück.

Eine der Besonderheiten der COVID-19-Lungenaffektion, so Pfeifer, bestünde darin, dass sich der Gesundheitszustand der Patienten „mitunter völlig überraschend innerhalb von Stunden“ verschlechtere. Aber die Beatmung sei nicht die Ursache des Sterbens, sagte Pfeifer im Verlauf einer Online-Konferenz anlässlich der Veröffentlichung des Positionspapiers. Es scheint, dass er die Frage, ob Patienten in gewissen Stadien trotz oder wegen der Intubation zusammenbrechen, nicht zu stellen wagt. Ihn bewegt eher eine „gewisse Unruhe in der Öffentlichkeit“, die er „korrigieren“ wolle. Auch gehe es ihm darum, den praktisch tätigen Kollegen Empfehlungen für eine differenzierte Beatmungstherapie an die Hand zu geben (9).

## **Mutiger Mediziner widersteht Richtlinie**

Dass letzteres angesichts von Richtlinien, die ausschließlich zu schneller Intubation raten, dringend geboten ist, zeigt ein persönlicher Erfahrungsbericht, den der Anästhesiologe und leitende Oberarzt Dr. Tobias Schindler am Klinikum Fichtelgebirge ursprünglich privat einer ehemalige Studienkollegin erstattete und den er hier freundlicherweise zum Abdruck freigegeben hat.

Der Bericht gelangte als Audiodatei (10) zunächst unabsichtlich in die sozialen Netzwerke und wurde dort wegen seines hochinteressanten Inhaltes circa 30.000 Mal abgerufen:

*„Ich kann dir wirklich nur aus unseren Erfahrungen berichten. Jeder macht sicher seine eigenen Erfahrungen. Ich habe seit zwei Wochen hier in Selb wirklich zunehmend diese Patienten. Wir haben 35*

COVID-Patienten symptomatisch im Krankenhaus und 20 bis 30 Patienten noch mit Verdacht isoliert. Außer COVID und Verdacht auf COVID haben wir im Krankenhaus nichts mehr. Wir sind also ein sogenanntes COVID-Krankenhaus. Entsprechend habe ich natürlich auf der Intensivstation auch nichts anderes. Die jüngsten Patienten sind 36 und symptomatisch, aber soweit cardiopulmonal stabil, dass sie nicht auf die Intensivstation müssen, obwohl teilweise die Sättigungen und die Werte ganz was anderes verlauten lassen, und natürlich teilweise auch 90-jährige.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass zwischen den Guidelines (11), den ganz offiziell herausgegebenen, und den, sag ich mal, Erfahrungen, die man vor Ort macht, oft große Unterschiede sind.

Wir haben durchaus am Anfang uns eigentlich so verhalten, dass wir alle Patienten mit sehr schlechten Sättigungen, hoher Atemfrequenz, zunehmender respiratorischer Erschöpfung, Atemversagen, frühzeitig intubiert haben, weil es ja immer geheißen hat, schnelle Intubation, Notfallintubationen meiden, keine Aerosolbelastung für die Pflege und haben eigentlich, nach der Einleitung, durch die Bank die Patienten abschmieren sehen. Hochdosierte Katecholamine, das ganze Kartenhaus zusammengebrochen. ARDS-Bauchlage, künstlich beatmet, tagelang schlechte Werte, dann zunehmend schlechter werdende Niere, Zentralisation, Organversagen. Da ist in der Regel keiner wieder aufgewacht. Entweder gestorben oder immer noch an der Beatmung, mit kaum richtig Besserungstendenz.

Wir haben uns jetzt erlaubt, bei Älteren, es tatsächlich auch mal nur mit NIV-Therapie (Non Invasiv Ventilation) zu versuchen, nicht invasiv. Dazu gibt es spezielle Helme, sieht aus wie ein Astronautenhelm, durchsichtig mit Reißverschluss. Den kann man über mehrere Stunden dran lassen. Man macht den Reißverschluss auf, steckst ihn über den Kopf drüber, der Patient kann essen und trinken und macht dann den Helm wieder drauf. Da ist einfach nur etwas Überdruck drauf, sodass, wenn er alleine einatmet mit

Überdruck, sich das Atmen erleichtert. Diese Patienten haben teilweise katastrophale Sättigungen auf 75 oder 70. Die BGA sagt, nichts Besseres, hohe Atemfrequenz, Fieber. Denen geht es nicht gut, aber, wenn du sie fragst, sagen viele zu dir: ‚Ich komme zurecht, es geht schon.‘ Also extreme Diskrepanz, die wir feststellen, zwischen klinischem Befund, aufgrund der Werte, Röntgenthorax furchtbar ausschauend, LDH hoch, alle lymphopen, CRP, wenn hoch ist, ein schlechtes Zeichen, wenn Troponin dabei ist, auch schlechtes Zeichen, aber den Patienten geht’s oft ausgesprochen gut dabei und sobald man überreagiert und sie zu schnell an die Beatmung nimmt, hast du sie gefühlt verloren. Besser, wenn du es so lange, wie es geht, rauszögerst. Wir haben hier mehrere 80-Jährige, die das tagelang toleriert haben, die dann hier gegessen haben, sich mit uns unterhalten haben. Ich hab gestern leider zwei solche Patienten verlegen müssen, weil ich andere Patienten notfallmäßig intubieren musste und kein Bett mehr frei hatte. Ich musste die Patienten in unserem OP-Saal an eine Narkosemaschine hängen, dort wurden die dann versorgt. ZVK, das heißt zentraler Venenkatheter, Arterie, Katecholamine. Musste dann die zwei alten Herrschaften mit NIV-Therapie verlegen, um wieder Platz für die aus dem OP zu haben und sie dann auf die Intensiv holen zu können und hab dringend den anderen Krankenhäusern abgeraten, den gleichen Fehler zu begehen. Die haben natürlich auch auf Intubation gedrängt, dass man das machen muss. Ich habe gesagt, ich mach's nicht, wenn es nicht notwendig ist, und ich erfahre heute, bei Ankunft sind sie intubiert und beatmet worden, sind total abgeschmiert und liegen jetzt genauso katecholaminpflichtig in Bauchlage mit desolatem Zustand und sie haben sich gestern noch winkend, vorher mit Appetit gegessen von uns verabschiedet.

Furchtbar, zu erfahren und zu erleben, dass mittlerweile auch auf kollegiale Ratschläge nicht mehr gehört wird. Eine Arroganz, die teilweise auch in unserer Ärzteschaft herrscht und Missachtung von anderen Erfahrungen. Ich finde es extrem schade. Da hoffe ich, dass vielleicht in dieser Zeit auch viele dazulernen. Wir lernen täglich dazu und machen unsere Erfahrungen, weil wir leider sehr viele von diesen

Patienten haben und ich hoffe, dass wir da auch besser werden.

Wir werden zukünftig, das machen wir jetzt auch schon ein paar Tage, Fieber so gut wie nicht senken. Eben nicht dieser Reflex 39 °C Fieber, ein Gramm Paracetamol (Anm. d. Verf.: Fieber senkendes Mittel), wunderbar, freuen wir uns, weil fieberfrei. (...) Wir haben quasi keine Therapie aktiv gegen das Virus, aber ich kann symptomatisch behandeln mit Hyperthermie. Die Viren sind extrem temperatursensibel, der Körper regelt die Temperatur hoch, ist wahrscheinlich besser als jedes Antibiotikum. (...) Wir müssen dort teilweise wirklich erst mal umdenken in unserem intensivmedizinischen Vorgehen. Da scheint weniger mehr zu sein. Auch gerade dieses Alternativsupplementieren: Vitamin C und (...) Vitamin D (12), genau diese Schiene, und haben damit momentan keine schlechten Erfahrungen gemacht. Man muss sich nur trauen, cool zu bleiben und die Werte zu beobachten und zu tolerieren und achtsam zu sein. Das geht bei den meisten erstaunlich gut.

Ein schöner Fall, 85 Jahre, auf der Station, COVID-positiv, furchtbares Krankheitsbild, Atemnot, schlechte Werte. Der Patient sollte auf die Intensiv und sagte, er will das nicht, er will nicht beatmet werden. Wenn er stirbt, dann stirbt er. Jeden Tag ging's dem besser. Der hatte zwar schlechte Werte, hat aber gegessen, war in seinem Zimmer isoliert, hat jeden Tag winkend aus seinem Zimmer bei der Visite raus begrüßt. Der geht nach einer Woche stationärem Aufenthalt morgen nach Hause. Recht hat er behalten! Ich drücke euch die Daumen, bleibt gesund und ich hoffe, wir sehen uns mal wieder."

Dann heißt es in einer zweiten Nachricht noch:

„Mensch, jetzt habe ich vor lauter Gelaber vergessen, Dir zu sagen, was meine Theorie ist, warum das so ist, dass die nach der Narkoseeinleitung abschmieren. Ich persönlich glaube, ohne dass ich es beweisen kann, dass der Körper diesen geringen Stress der Luftnot braucht. Diesen Stress, den einfach diese Erkrankung mit sich bringt.



Dieser Stresslevel mit erhöhten Katecholaminen, mit erhöhtem Cortisonspiegel, Erhöhung des ganzen Immunsystems, den, glaube ich, braucht der Körper, um mit dem Virus klar zu kommen. Warum werden wir in Stresssituationen wie Abiturprüfung, Staatsexamen nicht krank? Und erst danach fällt alles zusammen? Weil wir in dieser Zeit hier scheinbar extrem gut immunologisch aufgestellt sind, und mit dem Narkose einleiten, nehme ich den Körper diesen gesamten Stress. Wir sind in Neurosedierung, künstliches Koma. Und dann bricht gefühlt in meinen Augen alles zusammen. Das ist meine Theorie, dass man das tunlichst, so lange wie es irgendwie geht, unterlassen soll und dem Körper das, wenn es irgendwie geht, selber, mit dem Virus ausmachen lässt. Theorie. Ob's stimmt, weiß ich nicht, aber das ist derzeit meine Meinung. Schau."

Als Präsident Trump kürzlich mutmaßte, die Einnahme von „Bleiche“ könne vielleicht bei COVID-19 helfen, wurde er wieder einmal ob seiner dilettantischen Naivität belächelt und seiner Unverantwortlichkeit kritisiert. Dies veranlasste ihn mit der wenig glaubhaften Bemerkung zu einem Rückzug, er habe diese Äußerung sarkastisch gemeint. Tatsächlich hat vor kurzem ein Antrag die Ethikkommission der USA passiert, um das von allen Seiten fälschlicherweise als „Chlorbleiche“ gescholtene, unter anderem stark antivirale Chlordioxid in einer offenen Multi-Kliniken-Studie in seiner Wirksamkeit bei COVID-19 zu untersuchen (13).

***Man darf also durchaus Zweifel hegen, ob in der Krise und übrigens auch sonst, standardisierte Methoden, Impfstoffe und immer komplexere Maschinen einzig das Überleben sichern.***

Möglicherweise ist damit in jüngster Vergangenheit sogar viel Schaden angerichtet worden. Kommt es nicht viel mehr auf mutige und freie Ärzte und Therapeuten an, die in voller Eigenverantwortung ihren Einsichten folgen?

Sicher ist jedoch, dass die Behauptung Merkels, es gäbe noch kein Medikament zur Behandlung von COVID in ihrer Absolutheit eine zweckdienliche Lüge war, um die Angst vor einer nicht therapierbaren Krankheit und somit die Toleranz der Bevölkerung für den Entzug der Grundrechte weiter aufrecht zu erhalten.

---

### Quellen und Anmerkungen:

(1) <https://www.youtube.com/watch?v=Fx11Y4xjDwA>

(<https://www.youtube.com/watch?v=Fx11Y4xjDwA>)

(2) <https://www.bundestkanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bk-in-merkel-1742736>

(<https://www.bundestkanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bk-in-merkel-1742736>)

(3) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112112/Deutschland-hat-30-058-Intensivbetten-12-665-sind-frei>

(<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112112/Deutschland-hat-30-058-Intensivbetten-12-665-sind-frei>)

(4) <https://www.youtube.com/watch?v=9Q-KIUtFTiQ>

(<https://www.youtube.com/watch?v=9Q-KIUtFTiQ>) ,

<https://www.youtube.com/watch?v=06LnZOLMtXc>

(<https://www.youtube.com/watch?v=06LnZOLMtXc>)

(5) <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>

(<https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports>)

(6) <https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/stellungnahme-dgai-bda-100.html>

(<https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/stellungnahme-dgai-bda-100.html>)

(7)

**<https://www.frankenpost.de/region/oberfranken/laenderspiegel/Gefahr-durch-das-Beatmungsgeraet;art2388,7210803>**

**<https://www.frankenpost.de/region/oberfranken/laenderspiegel/Gefahr-durch-das-Beatmungsgeraet;art2388,7210803>**

**(8) [https://pneumologie.de/fileadmin/user\\_upload/COVID-19/20200417\\_DGP\\_\\_app.\\_Differenzialtherapie\\_ARI\\_bei\\_COVID-19.pdf](https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20200417_DGP__app._Differenzialtherapie_ARI_bei_COVID-19.pdf)**

**[https://pneumologie.de/fileadmin/user\\_upload/COVID-19/20200417\\_DGP\\_\\_app.\\_Differenzialtherapie\\_ARI\\_bei\\_COVID-19.pdf](https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20200417_DGP__app._Differenzialtherapie_ARI_bei_COVID-19.pdf)**

**(9) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213781/Pneumologie-Richtig-beatmen-bei-COVID-19>**

**<https://www.aerzteblatt.de/archiv/213781/Pneumologie-Richtig-beatmen-bei-COVID-19>**

**(10) <https://www.youtube.com/watch?v=V7MYefVfnIo>**

**<https://www.youtube.com/watch?v=V7MYefVfnIo>**

(11) So heißt es in der Richtlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): „Insgesamt sollte daher die Indikation für HFNC/NIV bei akuter hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz im Rahmen von COVID-19 eher zurückhaltend gestellt werden. Bei Patienten mit einer schwereren Hypoxämie ( $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ ) ist vorzugsweise die Intubation und invasive Beatmung anzustreben.“

(12) Durch eine britische Studie wurde tatsächlich eine negative Korrelation zwischen dem durchschnittlichen Vitamin-D-Stand in einem Land und der Sterblichkeit durch Covid-19 hingewiesen.

**<https://www.pubmed.de/gateway/nlm-pubmed/>**

**<https://www.pubmed.de/gateway/nlm-pubmed/>** Suchbegriff:

PMID: 32377965

**(13) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT04343742?term=chlorine+dioxide&draw=2&rank=1>**

**<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT04343742?term=chlorine+dioxide&draw=2&rank=1>**

**Redaktionelle Anmerkung:** Dieser Text erschien unter dem Titel

„**Auf Leben und Tod** (<http://www.zivilimpuls.de/index.html>)“  
zuerst auf Zivilimpuls.

Dieser Artikel erschien bereits auf [www.rubikon.news](http://www.rubikon.news).

---



**Stefan Böhme**, Jahrgang 1961, absolvierte von 1984 bis 89 eine Eurythmie-Ausbildung am Institut für Waldorfpädagogik in Witten-Annen. Er lebt seit 1990 in Ost-Berlin und wurde durch Thomas Brunner zum Gründungsmitglied und Stiftungsrat der Freien Bildungstiftung berufen, die eine freie zivilgesellschaftliche Initiative zum Aufbau und zur Förderung freier Kultur- und Bildungsarbeit ist. Seit 2018 ist er tätig bei Zivilimpuls, einer sich dem alternativen Medienspektrum zugehörig fühlenden Initiative.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.