



COVID-19

Rekonvaleszenz nach Nebenwirkungen durch COVID-Impfungen

Im März 2020 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Gesundheitsnotstand (Corona-Pandemie) ausgerufen. Bereits im Dezember des gleichen Jahres, unter erzeugter gesellschaftspolitischer Dringlichkeit, wurden COVID-19 Impfstoffe mit einer Notfallzulassung in den Markt eingeführt [1]. Möglich war dies durch ein konzeptionell neues teleskopiertes Verfahren [2], bei welchem die vorgeschriebenen Prüfzyklen der klinischen Phasen I+II zeitgleich durchgeführt wurden [3].

Dass sich durch das Zusammenlegen der Beobachtungszeiträume ein erhöhtes Risiko ergibt, bei dem toxische oder andere Nebenwirkungen, insbesondere bei Langzeitfolgen, unerkannt bleiben, ist nachvollziehbar. Vergleichend hierzu beanspruchte der bisher weltweit am schnellsten zugelassene Impfstoff, der nicht vom Markt genommen werden musste, vier Jahre. Es handelte sich um einen Impfstoff gegen Mumps [4].

Ein weiterer Forschungsumstand war, dass vorzugsweise gesunde und jüngere Menschen von den Herstellern in den Kohortenstudien aufgenommen wurden - nicht aber die eigentlichen Zielgruppen wie Ältere und Vorerkrankte. In einem „rolling review“ Verfahren (laufender Beobachtungsprozess, Phase III) der Impfstoffe seit Anfang Oktober 2020 [5, 6] musste auch das anfänglich verkündete Ziel einer sterilen Immunität (die ideale Wirkung einer Impfung, um die Infek-

tionsketten zu unterbrechen) nach zwei Impfdosen, im Laufe der Zeit immer weiter korrigiert und relativiert werden [7, 8]. Auch wurde immer wieder von der relativen Wirksamkeit der neuartigen Impfstoffe mit über 90 % gesprochen, statt die Notwendigkeit der absoluten Risikoverminderung von unter 2 % zu berücksichtigen [9]. Es muss angenommen werden, dass die Berechnungen der Hersteller insgesamt auf äußerst schwachen Daten beruhen, was wiederum zu schwerwiegenden Fehlinterpretationen in den mathematischen Modellen führt [10].

Wirkweise

Bei den neuartigen Impfstoffen handelt es sich zum einen um **Nukleinsäure-basierte Impfstoffe**: Sie beruhen auf einer in vivo Transfektion von Nukleinsäuren (DNA oder RNA) in die Zellen des Wirtsorganismus. Unter Verwendung der Proteinbiosynthese der Zellen entsteht in transfektierten Zellen ein virales Protein, das zum Teil von den mehrheitlich transfektierten Muskelzellen als Antigen an der Oberfläche in sogenannten MHC I (major histocompatibility complex class I) präsentiert und zum Ändern in die Zellmembran integriert oder direkt sezerniert wird.

Falls betreffende Zellen durch die in vivo Transfektion überladen werden, können auch direkt Exosomen entstehen. Durch

diese verschiedenen Prozesse werden professionelle Phagozyten aktiviert, die die zelluläre und humorale Immunantwort des adaptiven Immunsystems aktivieren. mRNA-Impfstoffe bringen hierfür in der Regel die in Lipid-Nanopartikel verpackte und dadurch vor dem enzymatischen Abbau geschützte mRNA (modifizierte-messenger RNA), die ein virales Antigen kodiert, in die Zielzellen ein. Die mRNA ist ein einsträngiges Transkript eines entsprechenden Abschnitts des viralen Genoms, hier von SARS-CoV-2. Sie wird in den Zielzellen außerhalb des Zellkerns von Ribosomen abgelesen (Translation), sodass diese Ribosomen im Rahmen der Proteinbiosynthese das Erreger-Antigen herstellen. Da in den meisten Körperzellen eine „virale Reserve Transkriptase“ ähnliche Aktivität fehlt, wird die transfektierte mRNA nicht in das Genom eingebaut und somit auch das Genom der Zielzelle nicht verändert.

Die zweite Kategorie sind **virale Vektorimpfstoffe**: Sie beruhen auf der genetischen Manipulation eines Vektor-, also Trägervirus, das im Regelfall nicht das Erregervirus ist, gegen das eine Immunisierung stattfinden soll. Dem Vektorvirus wird die genetische Information in Form von DNA eingesetzt, die ein bestimmtes virales Antigen kodiert. Für diese Art von Impfstoffen können sowohl DNA- als auch RNA-Viren als Trägervektoren verwendet werden. Auch von diesen in vivo transfektierten DNA-Vektorviren (hier-

für werden zum Beispiel Adenoviren verwendet) wird das gewünschte virale Antigen in die Zelle Organismus gebracht und dort auch im Zytosol exprimiert [11].

Nutzen und Risiken

In der originalen Pfizer Dokumentation, die der japanischen Zulassungsbehörde überlassen wurde und dort einsehbar ist, wird klar, dass die erzeugten Spike-Proteine in allen Geweben nachweisbar sind [12]. Auch im Mausmodell wird gezeigt, dass die Spike-Proteine nicht an der Einspritzstelle bleiben [13]. Untersuchungen belegen die Anreicherung neben dem Spike-Protein auch der mRNA kodierten Einheit in Gehirn, Herz, Nieren und Leber [14]. Im Unterschied zu traditionellen Impfstoffen, wo kontrollierte Mengen des Spike-Proteins eingeführt werden, ist bei den neuartigen Impfstoffen nicht bekannt, wie viele Zellen, welche Zellen, wie lange die mRNA oder Adenovektoren aktiv sind und wie viele Spike-Proteine am Ende exprimiert werden [15]. Ein wissenschaftlicher Artikel in Circulation zeigt einen generellen Anstieg von verschiedenen Herz-Entzündungsmarkern nach der Vollimmunisierung mit mRNA-Vakzinen [16]. Auch

wurden Herzbeutel- oder Herzmuskelentzündungen bei jungen Männern oder Jungen unter 30 Jahren nachgewiesen [17]. Weitere Impfnebenwirkungen, wie Hirn- und Sinusvenenthrombosen, Kopfschmerzen, neurologische Störungen u. a. werden beschrieben [18, 19]. Verschiedene Forschungsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass die melderlevanten Fälle um den Faktor 10 bis 100 höher liegt und damit untererfasst sind (underreported) [20, 21]. Im Paul Ehrlich-Institut werden vom Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) in bestimmten Abständen Nutzen-Risiko Analysen vorgenommen. Der PRAC betonte jedoch in seinem letzten Sicherheitsbericht, dass er das Nutzen-Risiko-Verhältnis der mRNA-Impfstoffe weiterhin positiv einschätze [22].

Es stellt sich auch die generelle Frage, ob die mRNA-Vakzine gegen ein Atemwegsvirus überhaupt sinnvoll sind. So gibt es z. B. keine Doppelblindstudien zur Verminderung schwerer COVID-19 Erkrankungen oder Tod durch die neuartigen Impfungen. Dazu gab es einfach zu wenig schwere Krankheitsverläufe bei den Zulassungsstudien [23]. Hinzu kommt, dass in der Luftröhre keine Immunzellen des adaptiven Immunsystems, wie et-

wa die zytotoxischen T-Zellen, Zugang haben, die durch die Impfung spezifisch aktiviert werden, um die Vermehrung des Virus zu stoppen und die Erkrankung spezifisch zu unterbinden. In den Atemwegen und auch dem Auge, Eintrittsstellen der Coronaviren, ist das Schleimhaut-assoziierte lymphatische Gewebe verantwortlich für die Immunantwort. In den Atemwegen werden auch keine impfinduzierte, hochspezifische Immunglobuline G (IgG) gefunden, sondern relativ unspezifische IgA. Das bedeutet also, auch wenn durch eine Impfung im Blut hochspezifische IgG nachgewiesen werden, dass die Impfung bedingte Aktivierung des adaptiven Immunsystems gegen virale Infekte, wie SARS-CoV-2 in den Atemwegen nicht effektiv ist [24].

Behandlungsmöglichkeiten

Die Einführung der neuartigen Impfstoffe gegen Covid-19 stellt für die Behandlung aus den daraus resultierenden unerwünschten Impfnebenwirkungen („Post Covid-Vakzin-Syndrom“) eine neue Herausforderung dar. So häufen sich Fälle von Geimpften mit schweren Impfschäden, die nach Hilfe suchen, doch viele Mediziner er-

kennen keinen Zusammenhang mit der Impfung oder weigern sich, Kausalitäten herzustellen. Selbst engagierte Mediziner wissen häufig nicht, was zu tun ist. Bei aufgetretenen Impfnebenwirkungen durch mRNA-Vakzine, gibt es in der Medizin derzeit keinen Gold Standard [25]. Ratsam und wichtig erscheint zunächst ein individuelles, einfühlsames und beruhigendes Gespräch vor jedweder Behandlung zu sein. Im komplementärmedizinischen Management geht es primär nicht darum, den Impfstoff „auszuleiten“ (was bei mRNA Impfungen schwierig wird), sondern negative Effekte wie Entzündungen und Schadeffekte der Impfstoffe abzumildern, Radikale zu neutralisieren und das Immunsystem zu regenerieren [26].

Sofortmaßnahmen

Da sich die Spike-Proteine im gesamten Körper verteilen und von den Zellen aufgenommen werden, sind sie auch nicht mehr durch verschiedene Bindemittel, wie Heilerde, Zeolith, oder Algen, etc. erreichbar (Im Internet befindliche „Ausleitungsprotokolle“ sind vorerst als evidenzfrei und spekulativ zu betrachten). Die ausgelösten Effekte können Entzündungen und eine Radikalenproduktion sein. Daher ist es zunächst sinnvoll, den Abbau, der durch das Autophagie-System [27], insbesondere der Lysosomen, erfolgt, zu unterstützen.

Wirksame Stoffe könnten sein: Sulforaphan, Resveratrol, Astaxanthin [28] oder Curcumin. Auch eine entsprechende Substitution als Radikalfänger mit den Vitaminen C (2500 mg/alle 6h) und E (2x12 mg/d) ist zu empfehlen. Zur Verfügung stehende entzündungshemmende Medikamente sind ASS, Dexamethason oder EGCG. Wer sich impfen lassen möchte, dem ist anzuraten, vor und nach der Behandlung die Entzündungsparameter hsCRP (hochsensitives CRP), IL-6 und IL-17 (Interleukin 6 & 17) sowie die Werte oxLDL (oxidiertes LDL), d-Dimere und die Lipidperoxide bestimmen zu lassen.

Folge- und Weiterbehandlung

Wie auch bei komplizierten Verläufen der COVID-19 Erkrankung (Long-Covid-Syndrom), kann es nach Impfungen zu ähnlichen Ausprägungen kommen (↑ Spike-Proteine). Im Fokus stehen, neben den o.a. Veränderungen, Endotheliitis (Gerinselbildung, Mikro- und Makrothromben), Im-

munsuppression (Autoimmunität) und subklinische Entzündungen (Silent- bzw. Neuro-Inflammation).

Letzteres kann leider nicht mit herkömmlichen Entzündungsmarkern (z. B. CRP, BSG), sondern nur mittels spezieller Labor diagnostik (TNF-a, IL-1/6/8 und dem Endotoxin-LPS) aufgespürt werden. Hier können auch die bewährten Naturheilmittel (Polyphenole wie Resveratrol, EGCG) sowie Mikronährstoffe und Pflanzenextrakte [29] und ggf. auch allopathische Mittel (Ibuprofen, Diclofenac, etc.) wirkungsvoll eingesetzt werden.

Eine weitere Folge könnte eine Veränderung von Antikörpern hin zu Auto-Antikörpern sein [30], die wiederum zu Immunerkrankungen (Immunsuppression) führen. So können bestehende Erkrankungen getriggert, oder neue erworben werden (u. a. Immuntrombozytopenische Purpura/ITP, Guillain-Barré-Syndrom/GBS, Kawasaki-Syndrom, etc.). In sehr schweren Fällen (adverse reaction) entwickelten einige Patienten die Auto-Antikörper GPCR-AK [31] (G-Protein-coupled-receptors). Wirksam war hier der Studien-Wirkstoff BC007 [32], der jedoch auf dem freien Markt nicht verfügbar ist. Als wirkungsvolle Alternative kommt eine Plasmapherese (Blutwäsche) infrage, die ggf. empfohlen werden kann.

Bei Patienten mit Endotheliitis fanden Forscher bei Personen mit Post COVID-Vakzin Syndrom ähnliche Veränderungen an den Epithelien („Monozyten-Spikes-Zellen“) wie bei Long-COVID Betroffenen [33]. Die Therapie aus Maraviroc (CCR5) und Fractalin verlief in 85 % erfolgreich. Komplementärmedizinisch sollte die Einnahme von Statinen mit Q-10 komplementiert werden, da Statine die Bildung des wichtigen Coenzym hemmen.

Anmerkung: Obwohl beide Krankheitsbilder (Long-COVID und Post COVID-Vakzin Syndrom) Ähnlichkeiten aufweisen, muss eine dichotome Erfassung beider Symptomkomplexe das diagnostische Ziel sein.

Fazit

Es ist davon auszugehen, dass bei einer nicht unwesentlichen Anzahl von vakzinieren Patienten leichte, mittelschwere oder schwere Folgen findbar sind [34]. Diese Anzahl ist möglicherweise bei den zuständigen Behörden (PEI, EMA) untererfasst. Da die Auswirkungen und Nebenfolgen von Betrof-

enen sehr unterschiedlich sein können, ist es unmöglich, ein konkretes Krankheitsbild zu definieren. Der komplementärmedizinische Ansatz sollte sich zunächst darauf konzentrieren, Entzündungen und Schadeffekte der Impfstoffe abzumildern, Radikale zu neutralisieren und das Immunsystem zu regenerieren. Hierzu stehen sehr wirksame Heilmittel zur Verfügung.

Aus diesem Grund sollte sich die Therapie nicht nur an den Symptomen, sondern vor allem an geeigneter Labordiagnostik orientieren, die allerdings über die bekannten Parameter (BSG, CRP, etc.) hinausgeht. Unerslässlich ist daher eine hinreichende Kenntnis über die komplexen Zusammenhänge. Insofern müssen Impfgeschädigte mit ihren Gesundheitsproblemen zu kundigen Fachpersonen überwiesen werden. Aktuell finden viele Betroffene kein ausreichendes Gehör oder fühlen sich alleine gelassen. Als verlässliche Partner im Gesundheitswesen sollten wir im komplementärmedizinischen Bereich Ansprechpartner bleiben, nach sinnvollen Lösungen suchen und versuchen, Brücken zu bauen zum Wohle der Patienten, denen wir alle verpflichtet sind.

Dr. phil. Frank Martin

Im Wallgraben 38

79761 Waldshut-Tiengen

www.naturheilpraxis-waldshut.de

kontakt@naturheilpraxis-waldshut.de

Keywords: COVID-19, Impfung

Vollständige Literatur unter:

<https://naturheilkunde-kompakt.de/derheilpraktiker/aktuelle-ausgabe-derheilpraktiker>



Dr. phil. Frank Martin

ist Physiotherapeut und Heilpraktiker. Er hat zusätzlich an der Europa Universität Viadrina für Kulturwissenschaften und Komplementäre Medizin in Frankfurt / Oder studiert und mit einer Promotion in Kultur- und Gesundheitswissenschaften abgeschlossen.