

Der Tod mit Covid (J.Ziegler)

Jochen Ziegler

Der Tod mit Covid. Eine Beschreibung

Wir lesen seit einem Jahr, wie furchtbar der Tod mit COVID ist. Bekanntlich weiß kein Mensch, wie es ist, zu sterben, denn die Toten können nicht sprechen. Doch betrachten wir heute einmal den Tod an COVID aus der Sicht des klinisch tätigen Arztes, der sich am Krankenbett zum Patienten beugt (algriechisch „klinomai“ bedeutet „ich beuge mich“ und daher kommt das Wort Klinik). Aber was passiert da wirklich? Daher ein Vergleich des klassischen Todes an Virus pneumoniae, wie wir ihn bis Anfang 2020 kannten, mit dem neuen Tod an COVID.

Von der Zeit, seit es Homo sapiens gibt, bis Februar 2020 lief der Tod an einer Virus pneumoniae wie folgt ab: Als alter, schwacher Mensch, und das bedeutete auch im Paläolithikum mit 70 oder 80 Jahren, als die durchschnittliche Lebenserwartung zwar viel kürzer war als heute, doch die meisten Menschen, die 15 wurden, es auch zu einem hohen Alter brachten, merkte man irgendwann, dass man sich erkältet hatte und Schnupfen und Heiserkeit bekam.

Damals wie heute geht es dann wie folgt weiter: Die Symptome gehen nicht weg, man bekommt zusätzlich Husten, Fieber und Gliederschmerzen und muss sich schließlich hinlegen. Das Fieber wird schlimmer, der Husten auch, und das Bewusstsein trübt sich. Man ist dankbar, wenn die Angehörigen da sind und einem zu trinken geben, kalte Tücher auflegen oder einen zum Husten aufrichten. Ab einem bestimmten Zeitpunkt nimmt man die Umwelt nur noch schemenhaft wahr, hat ernsthafte Atembeschwerden und fühlt sich schlecht. Aber dann erlebt man alles schon nur noch aus der Ferne, wie durch einen Schleier und wie in Watte gepackt.

Variante 1: Patienten scheinen nicht zu leiden

Irgendwann kann man nur noch sehr schlecht atmen, weil die Lunge zunehmend verschleimt. Die Sauerstoffversorgung reicht nicht mehr, um die Atemmuskulatur zu versorgen, man kann nur noch sehr schwach husten und hustet den Schleim, der bei der vergeblichen Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Virus erzeugt wird, nicht mehr ab. Dadurch wird die Sauerstoffversorgung noch schlechter, es kann zum Versagen der Nieren und anderer Organe kommen, bis schließlich auch die Atemmuskulatur aussetzt. Das Atmen hört auf. Wenig später bleibt das Herz stehen.

Von diesen Vorgängen merken die Sterbenden wenig oder nichts. Denn meist ist das Bewusstsein stark getrübt oder verschwunden, der Patient befindet sich in einem schlafähnlichen Zustand, dem Sopor oder Tropor. Er stirbt in Frieden. Manche Patienten sind auch noch halbwach, aber auch sie scheinen nicht zu leiden – das Leben endet friedlich, es ist kein Todeskampf, wie es unsere Medien beschreiben, die sagen, die Patienten erstickten qualvoll. Doch wer einmal beim Tod eines solchen Patienten zugegen war, weiß, dass dies nicht stimmt, sondern dass der Tod durch Lungenpneumonie im Alter ein mildes Lebensende ist.

Auf der zellulären Ebene besteht die Krankheit darin, dass die Zellen des Lungenepithels, mit deren Hilfe wir das Kohlendioxid, das der Körper laufend produziert, ausscheiden und abatmen sowie Sauerstoff aus der Atemluft erhalten, aufgrund der Infektion das Virus replizieren. Dabei werden Zellen zerstört, und es entsteht wegen der allgemeinen Entzündungsreaktion Schleim, der sich in den Alveolen, den Lungenbläschen, in denen der Gasaustausch stattfindet, ansammelt, und den Gasaustausch erschwert. Die Virusreplikation geht immer weiter, weil das Immunsystem zu schwach ist, um alle infizierten Zellen zu zerstören. Daher ist COVID in erster Linie eine natürliche Todesursache: Es tötet vor allem Menschen, deren Immunsystem am Ende ist. Diese Menschen sind fast alle alt und gebrechlich, einige von ihnen sterben sogar an der für junge Menschen und rüstige Alte harmlosen akuten unspezifischen Impfreaktion, die die SARS-CoV-2-„Impfstoffe“ bei fast allen Impfungen auslösen.

Einige Patienten unter 70, die an COVID sterben, sind frühzeitig gealtert, beispielsweise durch lebenslanges Rauchen. Auch für sie ist die Krankheit eine natürliche Todesursache. Sehr wenige junge Patienten (unter 50) sterben an COVID, dann aber fast immer durch eine erbliche oder erworbene Immunschwäche. Daher ist bei der überwältigenden Mehrzahl der Patienten, die an COVID sterben, auch eine Wirkung der Impfung extrem unwahrscheinlich, denn diese setzt ein funktionales Immunsystem voraus, was immuninkompetente und alte Patienten ja gerade nicht haben. Sterben sie nicht an COVID, sterben sie kurze Zeit später an einer anderen Krankheit. Es gibt keine theoretische und vor allem auch keine praktische Rationale für die Impfung.

Variante 2: An Schläuche und Röhren angeschlossen

Betrachten wir nun, wie seit Februar 2020 an Virus Pneumonie gestorben wird. Dieser *exitus letalis* ist immer noch ein natürlicher, aber ein einsamer Tod, bei dem der Mensch an Schläuche und Röhren angeschlossen inmitten der hochtechnischen Umgebung einer Intensivstation den Geist aufgibt (die Formulierung klingt despektierlich, beschreibt im Wortsinn aber treffend was da vor sich geht). Denn wenn heute ein Mensch, der im Pflegeheim oder auch zu Hause lebt, dem Tod aber bereits nahesteht, an Grippe erkrankt, wird ein Abstrich gemacht. Wird festgestellt, dass er eine SARS-CoV-Infektion hat, wird er hospitalisiert und von seinen Angehörigen isoliert. Wenn sich sein Zustand verschlechtert, darf er nicht etwa nach dem altbewährten Muster sterben, das oben geschildert ist, sondern wird auf die Intensivstation verlegt und dort alsbald intubiert, mit intravenös gegebenen Sedativa in ein künstliches Koma gelegt und künstlich beatmet.

Doch da das Immunsystem das Virus nicht unter Kontrolle bringen kann, ist die Therapie fast immer sinnlos und nur bei wenigen jungen Patienten indiziert. Bei den Menschen mit Immunversagen tritt unter der maschinellen Beatmung dennoch Organversagen auf. Da es nicht zum spontanen Atemstillstand kommen kann, wird der Organismus länger am Leben erhalten, als das natürlicherweise der Fall wäre. Beim Nierenversagen wird dann teilweise noch eine Dialyse durchgeführt, obwohl der nahende Tod schon feststeht.

Es wurde bei COVID sogar extrakorporale Membranoxygenierung eingesetzt, bei der das Blut unter Umgehung der Lungen durch eine künstliche Lunge oxygeniert wird, doch angesichts der zellulären Ursache des Todes ist diese hochinvasive Therapie bei den Patienten sinnlos. Die Menschen sterben einsam in einer technischen Umgebung, ihr Körper ist von Maschinen umgeben, an diese angeschlossen und von Pharmaka durchflutet. Eine solche „Behandlung“ auf der Intensivstation kostet im Durchschnitt über 30.000 EUR.

Was wir 2020 erreicht haben

Durch die weltweite COVID-Hysterie wurde eine natürliche Todesursache, die durch ein Virus ausgelöst wird, das laut WHO bei unter 70-Jährigen lediglich eine Letalität von 1-2 Promille der Infizierten aufweist, zu einer globalen Pandemie stilisiert. Nun haben wir es geschafft, die Menschen, die oftmals durch COVID und andere Pneumonieerreger von einem leidvollen Leben erlöst werden, nicht mehr im Kreis ihrer Angehörigen oder zumindest im Altersheim in Frieden sterben zu lassen, sondern mit Blaulicht in eine Klinik zu fahren und sie dort an Maschinen am friedlichen Sterben zu hindern, bis irgendwann so viele Organe ausgefallen sind, dass man die Maschinen endlich abstellen kann.

Das soll nicht bedeuten, dass man bei Patienten unter 70 keine Intensivmedizin einsetzen sollte, doch sind das nur wenige Fälle. Bei den allermeisten Patienten nehmen wir derzeit eine sehr teure Vorbestattung auf der Intensivstation vor. Technik sinnvoll einzusetzen, erfordert eine pluralistische Werteethik und eine Medizin mit Vernunft, Ethos und Augenmaß. Das haben wir im Umgang mit COVID vollkommen aufgegeben.

Dr. Jochen Ziegler ist Arzt und Biochemiker. Er arbeitet als Berater für private Anbieter des Gesundheitssystems und lebt mit seiner Familie in Hamburg.