

Deckblatt zum Buchmanuskript «*Nur die Spitze des Eisbergs? –
Corona und der medizinisch-industrielle Komplex*»
von Dr. med. Johannes G. Schmidt, CH-8840 Einsiedeln

Fassung Oktober 2023

August 2023 Auf der Farm in Thailand zwischen den Reisfeldern, bei den Schwiegereltern und dem jüngsten Enkel-Säugling, ist mir im Juli 2023 eingefallen, welche statistischen Zahlen ich brauche, um die Ursache der dramatischen Sterbezunahme in praktisch ganz Europa näher einzugrenzen: die Zahlen aus Schweden.: die massgeblichen Mediziner in Schweden rieten bekanntlich von den üblichen Lockdown-Massnahmen ab, da die wissenschaftliche Evidenz für einen Nutzen fehle. Die wissenschaftliche Evidenzbeurteilung unterscheidet denn auch klar zwischen empirisch gesicherter Evidenz aus kontrollierten Studien (controlled trials, Vergleichsstudien) und theoretisch-hypothetischen Ableitungen aus Grundlagenfächern. die Schwedischen Zahlen zeigen, dass die weltweite Sterbezunahme 2022 in Schweden nicht stattgefunden hat. (s. www.reason.com/volokh/2023/01/10/no-lockdown-sweden-seemingly-tied-for-lowest-all-causes-mortality-in-oecd-since-covid-arrived).

Die *Stiftung Paracelsus heute*, CH-8840 Einsiedeln, hatte bereits 2020 darauf hingewiesen, dass die staatlichen Massnahmen zur Eindämmung der Corona-Epidemie mehr Todesfälle erzeugen werden als sie verhindern, weil die Corona-Sterblichkeit verschwindend klein ist im Vergleich zur gewöhnlichen Herz-Kreislauf-Mortalität (s. <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Corona2020.pdf>). Die Existenz- und Freiheits-Bedrohungen durch die «präventiven» Massnahmen würden deshalb weit mehr kardiovaskuläre Todesfälle – sog. Übersterblichkeit - produzieren, weil dies ein bekannt überragender Risikofaktor für Infarkte darstellt. Eine geringe Erhöhung einer gewöhnlich hohen Mortalitätsursache erzeugt sehr viele Todesfälle und eine sogar grössere Senkung einer geringen spezifischen Mortalität verhindert hingegen kaum Todesfälle, was eine einfache klinisch-epidemiologische Kopfrechnung sofort zeigt. Die Behauptung und Annahme, die staatlichen Massnahmen seien erforderlich, um die Sterblichkeit zu senken, war also von vornherein eine dilettantische Täuschung und Milchmädchenrechnung. Das alarmistische Argumentieren mit relativen statt absoluten Risiken ist täuschend, was viele Beispiele aus der Medizin schon belegen. Aber auch Wirksamkeits-Annahmen aufgrund von günstigen Laborwert-Verbesserungen sind eine sehr gut dokumentierte Täuschung und in der Wissenschaft als *Surrogat-Trugschluss* bekannt (s. <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Corona-und-die-Unmündigkeit-des-Menschen.pdf>). Beide Täuschungen sind in der Medizin seit vielen Jahren beschrieben und in Lehrbüchern (s. <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/Lehrbuch2006.pdf>) behandelt, die von den Medizinern und Universitäten aber kaum zur Kenntnis genommen werden. Bei Corona wurde nicht wahrgenommen, dass im Labor messbare Immunglobuline nur ein hypothetisches Surrogat-Mass für Immunität und Ansteckungsschutz darstellt, das noch lange nicht beweist, dass in der Praxis ein Ansteckungs- und Übertragungsschutz wirklich besteht. So hat die quasi erzwungene Impfung deutlich mehr Schaden angerichtet als geschützt und genützt. Man darf nicht zu wenig geprüfte medizinische Massnahmen und Medikamente unter Angstmache! auf die Menschen loslassen, ein Prinzip, das sträflich vernachlässigt worden ist. Die fortbestehende Ignorierung dieser Täuschungen würde bedeuten, dass Patienten und Bevölkerung auch in Zukunft der massenhaften Schädigung

durch Ärzte und Mediziner ausgesetzt wären. Die Corona-Massnahmen hatten eine ironische Konsequenz: bei den gläubigen Regierungen erfolgte eine angenehme Placebowirkung, indem sich diese allmählich wieder entspannen konnten – also nur Selbsttherapie der ungebildeten Mediziner vom Typ *Karl Lauterbach*, *Frank Montgomery* oder *Uschi von der Leyen*, wären nicht so viele Menschen in den Tod getrieben worden. Nur die Schweden hatten offenbar genügend gebildete Mediziner, die nicht nur die eigene Bevölkerung vor falscher Medizin geschützt, sondern der Welt das Wissen über die wesentliche Ursache der weltweiten Sterbezunahme geschenkt hatten. Sie hatten trotz fehlender richtiger Nutzensevidenz leider nicht den Mut, t auch von der ungeprüften Covid-Impfung abzuraten. Sonst hätten wir heute auch mehr Wissen in dieser Hinsicht. Jedenfalls ist das oft von den Ungebildeten oft gescholtene Verhalten der Schwedischen Mediziner nicht hoch genug einzuschätzen angesichts einer weltweiten Hysterie, die alle unter ungebührlichen Druck setzte.

Es gilt heute, die Richtigkeit des Schädlichkeitstheorems der Medizin zur Kenntnis zu nehmen, das schon aus der Logik der evidenzbasierten Medizin hervorgegangen ist: **medizinische Massnahmen und Therapien sind als a priori schädlich zu betrachten, wenn ein Netto-Nutzen nicht durch kontrollierte Studien mit den relevanten Endpunkten erwiesen ist.**

Die antike wissenschaftliche Disziplin des Innehalten/Abwarten.. — Gut Zuschauen.. — Begreifen.. wurde verdrängt im Laufe des «Fortschritts» durch törichten und primitiven modernen Aktivismus. Wir pflegen heute nicht einen Wettbewerb um Wissen, sondern Wettbewerbe um Torheiten und leisten uns makabere Sterbevermehrung.

Übrigens bekannt schon im Altertum in West (Hippokrates) und Ost (Laotse)

(s. www.infosperber.ch/gesundheit/public-health/die-beste-medizin-besteht-oft-im-abwarten)

Möge die moderne Medizin wieder begreifen, dass es schliesslich um Patienten geht und nicht [nur] um Viren und pathologische Zellen oder Laborbefunde und mögen aufgeklärte Gesellschaften fähig werden, dies in Zukunft von der Medizin und der Politik zu fordern. Dann hat das menschengemachte Elend der Corona-«Pandemie» vielleicht einen Sinn gehabt

Ich stehe für Antwort und Erklärungen gerne zur Verfügung, wenn Verständnis-Fragen auftreten. Vermeintlich berechnete Milchmädchen-Kritik von wissenschaftlich untergebildeten medizinischen Gegnern interessiert mich hingegen nicht.

Dr. med. Johannes Georg Schmidt

schmidt@paracelsus-heute.ch

Nur die Spitze des Eisbergs ?

Corona und der medizinisch-industrielle Komplex

Dr. med. Johannes Schmidt

pens. Facharzt für Allgemeinmedizin, klinische
Epidemiologie (University of Newcastle/Australia),
Klassische Chinesische Medizin (Meister Hin Chung
Got [1946-2021])



Der Autor auf der Holzbrücke des Jakobs-Pilgerwegs zwischen Einsiedeln und Rapperswil

Inhalt

1. Vorwort	p. 4
2. Einführende Zitate	p. 9
3. Corona-Massnahmen ohne wissenschaftliche Evidenz und deren unerwünschte Auswirkungen	p.15
4. Das trügerische Narrativ medizinischer Impferfolge und die ernüchternde [fehlende] Evidenz.	p.17
5. Das übertriebene Angst-Narrativ bösartiger Erkrankungen	p.18
6. Das seltsam anti-aufklärerische Verhalten der Medizin	p.20
6.a. 500 Jahre Geschäft mit der Angst: Ärzte und Aufklärung: zwischen Ablasshandel und Exkommunikation	p.20
6.b. das medizinische Denken ist gefährlich: die zahllosen Toten der Präventivmedizin	p.20
6.c. Mediziner Ausbildung: Sozialisierung zu kritiklosem Auswendiglernen/Gehorchen und optimiertem Einkommen	p.21
7. Ein medizinisch-industrieller Komplex?	p.24
8. Quellenverzeichnis/Literaturverweise	p.26

1. Vorwort

Im gerade erscheinenden Buch* legen wir dar, dass sich die moderne Medizin lediglich an Krankheiten, krankhaften Befunden und Symptomen orientiert statt am menschlichen Wohlbefinden insgesamt und am Patienten[nutzen]. Dadurch entstehen Irrtümer und medizinische Fehlleistungen und eine Behinderung weiteren medizinischen Fortschritts. Zu nennen ist insbesondere der verbreitete Surrogat-Trugschluss bzw.

-Irrtum (*surrogate fallacy*), der über die letzten Jahrzehnte zu zahllosen [präventiv]medizinisch verursachten Leichen geführt hat, die nie adäquat zur Kenntnis genommen wurden und von den meisten Medizinern noch immer ignoriert werden. Unsere eifrigen Medien haben auch hier versagt und stets ein Trugbild der Medizin kolportiert. Ich werde solche Fehlleistungen in diesem Buch vorstellen.

Aus diesem Grund sind auch die Corona-Fehlleistungen (markante Sterbezunahme an allen Ursachen insgesamt in 2022) entstanden und erklärbar. Der Ausdruck *Covidiotie* scheint durchaus zutreffend. Er betrifft indes die naive Ahnungslosigkeit der Schweizerischen Behörden, von Bundesrat und BAG, aber auch der sog. *Task Force*, die in vorklinischem Wissen gefangen eine dilettantische Epidemie-Politik vorschlug und betrieb, als gäbe es keine kritischere Sichtweise einer evidenz-basierten Medizin [1]. Grosse Mediziner wie Hippokrates hatten schon vor 2000 Jahren bemerkt, dass Mediziner gefährlich seien (vielleicht wegen ihrer latenten Tendenz, Gott zu spielen). Ich selbst konnte in der Tat einmal den Lieben Gott spielen (im Original «auctor» genannt, den wir «Meister» nannten) im *Gran Teatro del Mundo* von Calderón de la

Barca auf dem Klosterplatz Einsiedeln. Mein Wahlspruch und Motto, das ich über den Klosterplatz rufen durfte, war allerdings: «Liebe Dich selbst wie auch den Nächsten. Mach es einfach gut! Denn Gott ist Gott! Du brauchst also nicht perfekt wie Gott zu sein!» und die Figur der Gnade repetierte dies mehrfach, um die Theaterspieler wiederholt daran zu erinnern.

Jedenfalls hatte vor 2000 Jahren *Hippokrates* die offenbar zeitlos gültige Warnung geäußert, zuerst einmal sei es für die Medizin entscheidend, nicht zu schaden («*primum nihil nocere.*»). Und so war von vornherein klar, dass die ohnehin stets hohe koronare Mortalität durch die massenhafte Bedrohung von KMUs und den damit verbundenen menschlichen Existenzen durch die Lockdowns stark steigen würde, denn wirtschaftlicher Kontrollverlust ist als überragendes Risiko für koronare Herz-Mortalität sehr gut dokumentiert [2]. Die Coronamassnahmen waren somit a priori ein Dilemma. Eine gute wissenschaftliche Medizin muss jedoch Nutzen und Risiken genau quantifizieren in Form absoluter Risikoveränderungen [3]. Weil die Herzsterblichkeit bekanntermassen hoch, d.h. Nr. 1, ist, die Coronasterblichkeit aber vergleichsweise viel geringer, würden die existenzbedrohenden Massnahmen voraussehbar die Sterblichkeit insgesamt erhöhen. Eine gute Quantifizierung aufgrund des bestehenden Wissens ist die einzige a priori vorhandene wissenschaftliche Möglichkeit, den Schaden vorauszukalkulieren [3]. Ich hatte diese Rechnung und Methodik*** 1990 in meiner Dissertation/Doktorarbeit zum Brustkrebs-Screening [3] erarbeitet, die zeigte, dass die Früherkennung mehr schadet als nützt, und hatte das Glück, diese in Amerika in einer renommierten Medizinzeitschrift unter der Leitung der *Yale University* publizieren zu können. Behörden, Medien und Präventionsindustrie hatten vorher die Frauen jahrzehntelang zu dieser schädlichen Präventionsmassnahme gedrängt. 20 Jahre später hatte schliesslich auch das *Swiss Medical Board* eine gleichartige Analyse vorgenommen und kam zum selben erschütternden Ergebnis und empfahl die Abschaffung der Mammographie-Programme, die dereinst von ahnungslosen, «progressiven» Frauenorganisationen und Medien gefordert worden waren - zum Schaden der Frauen. Die Methodik zur adäquaten Abschätzung von Nutzen und Schaden gesundheitlicher Massnahmen wäre also gerade auch in der Schweiz bekannt und vorhanden. In der Schweiz ist bei Corona indes nie eine adäquate kritische Wissenschaftsdiskussion aufgekommen und die Universitäten schwiegen und demonstrierten so zusammen mit den ahnungslosen Medien ihre Unfähigkeit. Bei den Medien war lediglich *Die Weltwoche* eine Ausnahme. In Deutschland traten immerhin kompetente Mahner aus den Universitäten auf, die aber am Schluss auf ebenso begriffsstutzige und ahnungslos naive Politiker und Medien trafen. Durch die genannten methodisch-systematischen Analysen lassen sich die Dilemmata medizinischer Massnahmen transparent aufzeigen und gut informierte Entscheidungen treffen und z.B. mittels sog. Utility-Analysen adäquat bewerten [4,5].

Wir erfahren im Buch weiter, dass die moderne Medizin eine längere Geschichte von übertriebener Angstmache zur Durchsetzung [schädlichen] Massnahmen aufweist, die nur profitabel für Mediziner, nicht aber für Patienten waren. Die Corona-Übertreibungen mit schädlichen, kontraproduktiven Massnahmen sind nur die Spitze des medizinisch-industriellen Eisbergs.

Eigentlich will ich dieses Buch gar nicht schreiben, denn es gilt: Impfgläubiger = seriöser Mediziner, Skeptiker = unseriöser Quacksalber und Querdenker.

Doch «da stehe ich nun, ich kann nicht anders.» hat mein Urur-..Urgrossvater vor 500 Jahren auf dem Reichstag in Worms gesagt, um bei seiner skeptischen und gutinformiert, aufgeklärten Einsicht zu bleiben. Als Nachfahre von Martin Luther habe ich die Skepsis gegen einen obrigkeitlich verordneten Glauben vielleicht in meinen Genen. Und ich kenne das Dasein des Häretikers schon seit 30 Jahren und habe meine häretischen Publikationen unbeschadet überstanden und am Schluss sogar recht bekommen (bestätigt durch *Cochrane Collaboration* und *Swiss Medical Board*). Ich hatte wie gesagt 1990 eine systematische Analyse der Mammographie-Früherkennung erarbeitet und unter der Ägide der *Yale University* (Alvan Feinstein) publizieren können [3]. In Amerika zählt mehr die Qualität und Originalität einer wissenschaftlichen Arbeit, bei uns in der Schweiz und in Europa kommt es zuerst auf die Stellung und Beziehungen an. Der medizinisch-industrielle Komplex ist vielschichtig so wie der militärisch-industrielle Komplex auch. Die Medizinindustrie arbeitet vielleicht weniger mafios und kriminell wie die Waffenindustrie, die gelegentlich auch vor Mord nicht zurückschreckt, aber der Unterschied ist nur graduell. Ich bekam jedenfalls bloss einmal einen Telefonanruf aus der Pharmaindustrie. Der Anrufer drohte, ich solle meine kritischen Analysen über das Cholesterinscreening unterlassen, sonst würden sie dafür sorgen, dass ich aus der Ärztesgesellschaft ausgeschlossen würde. Meine Erinnerung nach 30 Jahren ist inzwischen etwas vage. Es muss aber ein Mitarbeiter von Pfizer (sic!) gewesen sein, denn solche Drohungen sind unschweizerisch und nur einer US-amerikanischen Firma zuzuordnen. Und Pfizer vertrieb in der Tat Lipidsenker von ihrem Schweizer Sitz. Dieser Pharma-Mensch wusste nicht, dass ich ein paar Tage später mit dem Ärztesgesellschaftspräsidenten *Hans-Heinrich Brunner* verabredet war und ihm diesen Drohanruf mitteilen konnte. Brunner sagte darauf: «Gut, lass sie kommen. So kann ich sie ins Leere laufen lassen.». Brunner unterstützte und patronierte dann meine Kurse in evidenz-basierter Medizin [6] und berief mich in die *Arbeitsgruppe Präventivmedizin* der Eidg. Leistungskommission ELK, da er diese Arbeitsgruppe leitete. Eine Gemeinsamkeit des militärisch- und medizinisch-industriellen Komplexes ist das Schüren von Angst, um der Bevölkerung ihre Interessen aufzudrängen. *Sloterdijk* wirft in einer Diskussion einmal die Frage auf, ob die Menschen getrieben seien, mit Büsserhandlungen bei Angst und Gefahr das schlechte Gewissen zu beruhigen. Ja, ich denke schon. Als Europäer haben wir ja 500 Jahre lang gelernt, Ablass zu zahlen, um angeblich das Fegefeuer zu verkürzen, das fälschlich als Strafe Gottes ausgegeben wurde. Es gibt inzwischen allerdings 2 Kirchen. Die katholische Kirche des Mittelalters arbeitete mit Angst und Exkommunikation (= katholische Form der *cancel culture*), die beide offenbar tief im Europäischen Menschen eingepägt geblieben sind.

Die zweite Kirche wurde von meinem Urahn Martin Luther begründet, der einen gnädigen Gott postulierte und propagierte, der die Menschen nicht ewig bestrafen will, sondern es gut mit Ihnen meint und dazu Jesus geschickt hatte. Trotz der darauffolgenden Zeit der Aufklärung lebt offensichtlich die erste Kirche in den Menschen Europas weiter. Die Gründe verstehe ich noch nicht ganz. vielleicht ist es eine zu lange Gewohnheit, vielleicht sind auch die meisten Menschen für den «Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit» (Kant) nicht genug intelligent. Die Aufklärung hat somit nicht wirklich stattgefunden. Sie wurde lediglich zum erforderlichen Lippenbekenntnis v.a. für Akademiker, die heute wieder alles

Alternative in der Medizin weiterhin canceln bzw. exkommunizieren. In den Herzen sind sie eben ängstlich und unmündig geblieben.

Die Entwicklung der Medizin-Technik ist faszinierend und wichtig gewesen. Dass die Lebenserwartung durch medizinische Innovation verbessert worden sei, ist aber ein falsches Narrativ, ein Märchen, das irreführt und die illusionsanfälligen, [post]modernen Menschen zum Glauben verleitet, man könne (heute) das Sterben abschaffen und so Gottes Schöpfung verbessern. Indessen waren moderne Häuser-Technik und Verbesserungen in der Landwirtschaft für den Rückgang der Sterblichkeit weit wichtiger, auch wenn die Medizin heute sicherlich einige Todesfälle abwenden kann, bei denen die Menschen früher noch machtlos waren. Die Erhöhung der Lebenserwartung ist folglich hauptsächlich das Verdienst der modernen Landwirtschaft, weit mehr als der modernen Medizin. Die gierigen Götter in Weiss haben sich im Märchen da eigennützig vor die Bauern gedrängt. Das Märchen wurde über Jahrzehnte entwickelt und verbreitet, wohl unter Beteiligung und Veranlassung der Pharmaindustrie bzw. des medizinisch-industriellen Komplexes.

Wer das Märchen nicht mitträgt, wird ausgeschlossen. Der *Turmbau zu Babel* in der Bibel beschreibt allerdings das Naturgesetz: Eine Hyperurbanisierung führt zur Verwirrung und viele Menschen beginnen, dummes Zeug zu reden, das man nicht mehr verstehen kann.

Auf dieser Basis war eine Corona-Impf-Lüge bzw. ein Impf-Trugschluss möglich geworden. Klimaapokalypse-Märchen greifen dieses Muster auch wieder auf unter Pervertierung von Naturwissenschaft. Politik und Medien üben und üben die Verängstigung und Manipulation des mittelalterlich geblieben Menschen. Dennoch glaube ich nicht an verschwörerische Strippenzieher wie z.B. *Bill Gates*, sondern an soziologische und politische Mechanismen, welche mit der Angst und dem entsprechenden Verhalten spielen und ein Experiment durchführen. Die unaufgeklärte Corona-Geschichte in unserer Zeit bleibt indes ein Rätsel, das Historiker erst nach viel Zeit werden beantworten bzw. lösen können.

Diesem Buch vorausgegangen sind 4 frühere Bücher/Hefte:

- 1 Johannes G Schmidt et Richard E Steele (Hrsg.). Kritik der medizinischen Vernunft. (ein Lesebuch). Kirchheim Verlag Mainz 1994
mit den Beiträgen des 1. Wissenschaftlichen Einsiedler Symposium (deutsch und englisch)
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_1_symposium/ganz1.pdf
- 2 Johannes G Schmidt. Frauen - Willige Opfer der Medizin ?
Früherkennung, Hormone, Geburtsmedizin auf dem Prüfstand kritischer Wissenschaft - Wege zu einer zeitgemässen Praxis
mit den Beiträgen des 2. Wissenschaftlichen Einsiedler Symposium (deutsch und englisch)
Stiftung Paracelsus heute, Einsiedeln 1996
www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_2_symposium/ganz2.pdf
- 3 Johannes G Schmidt (ed.) Placebo, wertvoll wenn es dem Patienten nützt? - Methodologie einer nutzenorientierten, pragmatischen klinischen Forschung mit den Beiträgen des 3. Wissenschaftlichen Einsiedler Symposium (deutsch und englisch)
Karger Verlag Basel· Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi. Bangkok, Singapore. Tokyo, Sydney 1998
http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_3_symposium/ganz3.pdf

- 4 Johannes G Schmidt et Richard E Steele (eds) Patient-Based Medicine - Treat the Patient, not the Disease(s). Cambridge Scholar Publishing, Newcastle/England 2023. In print. Deutsche Vorlage: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/PDF/Sammelmappe_Patientenmedizin.pdf

* Johannes G Schmidt et Richard E Steele (eds) Patient-Based Medicine - Treat the Patient, not the Disease(s). Cambridge Scholar Publishing, Newcastle/England 2023. im Druck. Deutsche Fassung:[7]

*****Modellrechnung mit fiktiven Zahlen zur Demonstration der Abhängigkeit der absoluten Sterbezahl vom Ausgangswert der Sterbezahl pro 1000 Personen.**

Sterbeursache	Anzahl pro 1000	20% Erhöhung+ oder Senkung- absolute Differenz pro 1000	Anzahl nach Massnahme Änderung in %
Herzkrankheit	ca. 25	+5	30 (+20%)
Corona	ca. 5	-1	4 (-20%)
Gesamt	ca. 30	4	34 (+33%G)

Ist man geübt in allgemeinmedizinischem und klinisch-epidemiologischem Denken, dann berücksichtigt man stets das gesamte Spektrum möglicher Todesursachen sowie die Dynamik kompetitiver bzw. konkurrierender Ursachen (*competitive mortality*, siehe [3,15]). Die Gesamtzahl der Sterbefälle steigt im Beispiel von 30 auf 34: Die Massnahme produziert also mehr Sterbefälle (n=+5) als sie verhindert (n=-1).

*** Ich hatte eine starke Ahnung, dass mit der gängigen Mammographie-Propaganda etwas nicht stimme und analysierte die Daten wochenlang in meiner Australischen Strandhütte am Pazifik und fand schliesslich die Lösung, die mich zuerst etwas enttäuschte. Ich hatte etwas Grossartigeres erwartet und endete bei einer profan krämerischen Bilanz, einer sorgfältigen Berechnung der Häufigkeit nützlicher und schädlicher Wirkungen, die in 10'000 Frauenjahren (bei 1'000 Frauen in 10 Jahren) auftreten. Die absolute Reduktion von Sterbefällen zeigte sich so verschwindend klein gegenüber der beträchtlichen Zahl von iatrogenen, unnötigen Krebsüberdiagnosen, die den Teilnehmerinnen unnötige überzählige Schreckdiagnosen und unerfreuliche Behandlungen einbrachten. Durch die Verwendung absoluter Risikodifferenzen und dem letztlich doch seltenen Vorkommen von Brustkrebs mit der folglich hohen Rate **falsch positiver** Screeningdiagnosen, die zu einer adäquaten Analyse gehören, zeigte sich eine insgesamt doch eher schädliche Auswirkung der Mammographie-Früherkennung. Krämerische Bilanzen sind eben der einzige wissenschaftliche Weg zur Abschätzung des Gesamtnutzens von medizinisch-politischen Massnahmen. Und es zeigt, dass es falsch ist, alle Sterbefälle um jeden Preis zu verhindern und dafür mit Kanonen auf Spatzen zu schiessen, die mehr kaputtmachen als schützen bzw. retten.

2. Einführende Zitate

A

Alarmismus ist wieder einmal in Mode. An dieses Relikt aus dem Spätmittelalter sind die Menschen in Europa ja seit 500 Jahren gewöhnt, seit Fegefeuer-Alarm und Ablass-Handel. Reformation und Aufklärung haben nicht wirklich stattgefunden und haben die Köpfe, Herz und Verstand der Menschen nicht erreicht. Menschen sind auch heute noch Herdentiere. Fast alle sind für die Aufklärung zu ängstlich-feige oder zu wenig intelligent. Selbst moderne Wissenschaftler, der Bundesrat und die vereinigten Journalisten üben sich in Mittelalter. Vielleicht werden Historiker, Soziologen oder Philosophen einmal klären, wieso eine ganze Gesellschaft vor einem medizinischen Ammenmärchen in die Kniee geht. Wissenschaftlich-medizinische Fakten sprechen eine andere Sprache. Unter dem Etikett Vorsorge- oder Präventivmedizin hat die Medizin in den letzten Jahrzehnten viele Torheiten eingeführt, die die Menschen alarmieren wollten und belastet haben. Mehr Schaden als Nutzen. Die mittelalterliche Kirche verspricht Ablass vom Fegefeuer. die moderne Medizin verspricht die Verminderung des Sterbens. Beide haben sie gelogen. Der reale Ablass ist ein Geschenk Gottes - gratis. Der Rückgang der Sterblichkeit ist naturgegeben - kein Werk der Medizin. Impfungen sind weit weniger wirksam als gemeinhin behauptet und geglaubt wird.

Stiftung Paracelsus Heute, Sommer 2020 [10]

B

Corona und die Unmündigkeit des Menschen [12]

Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit (Immanuel Kant)

Das medizinische Denken ist gefährlich

Wir werden in einer langen Ausbildung gedrillt, unser Augenmerk ganz auf die Krankheiten und deren Laborwerte zu richten statt auf den Patienten. Der mittelalterliche Mensch wollte glauben, mit Ablassgeldern an die Kirche könne man dem Fegefeuer entkommen. Der moderne Mensch will glauben, mit der modernen Medizin und steigenden Krankenkassenprämien liesse sich das Sterben abschaffen. Wir kennen hingegen zahlreiche Beispiele medizinischer Massnahmen, die Leben retten wollten, aber die Sterblichkeit erhöht haben:

- Flecainid/Encainid bei gefährlichen Herzrhythmusstörungen [8].
- Glitazone (Blutzuckertabletten) bei Zuckerkrankheit.
- Hormone in der Menopause
- Cholesterinsenker bei überdurchschnittlichen Cholesterinwerten ([10,11])
- Nutzlose Krebsvorsorge, die viele unnötige Krebsfälle schafft [12]
- Knochenverdichtung mittels Fluoridtherapie bei Osteoporose mit der Folge gehäufter Knochenbrüche mit wahrscheinlicher Todesfolge (<http://www.paracelsus->

heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_1_symposium/24Lange.pdf)

In der Wissenschaft spricht man vom Surrogat-Trugschluss oder -Irrtum. Wird ein pathologischer Messwert als Surrogat der Krankheit (z.B. Blutzucker oder Blutcholesterin oder Knochendichte) medikamentös verbessert, darf daraus keine nützliche Wirkung und ein Nutzen für den Patienten abgeleitet werden, solange dies nicht in (randomisiert) kontrollierten Langzeitstudien mit patientenrelevanten Endpunkten nachgewiesen ist. Der Philosoph Ludwig Hasler spricht bei solch kontraproduktivem Ergebnis von der Ödipus-Falle. Immer war der Fehler, dass die Medizin aus propädeutischen Theorien zu viel ableitete und auf alarmistische Weise Rettung versprach. Diese Therapien waren hervorragend wirksam, aber eben nur auf EKG und Laborwerte und nicht auf den Patienten, der durch die „wirksame“ Therapie häufiger starb. Dies zeigte sich, als man nach den Methoden der Evidenz-basierten Medizin EBM aussagekräftige Studien durchführte und die medizinischen Theorien so empirisch überprüfte.

Der falsche Gegensatz zwischen Wirtschaft und Gesundheit

Der dümmste Denkfehler ist der Vorwurf aus Politik und Medizin, zugunsten der Wirtschaft würden Todesfälle in Kauf genommen. Wenn schon ist es nicht die Frage, Wollen wir lieber eine tote Wirtschaft oder Corona-Todesfälle?, sondern Wollen wir lieber Todesfälle an Corona oder durch Suizid und Lebensmüdigkeit in allen Formen? Wirtschaftliche Not ist einer der stärksten Prädiktoren von Übersterblichkeit. Dieses Dilemma lässt sich nicht durch ungeduldiges Ausrufen und medizinisch geprägten Aktivismus beseitigen. Natürlich führt eine tote Gesundheit auch zu einer toten Wirtschaft – aber eben auch umgekehrt. Die Prävention von Sterbefällen bleibt deshalb eine Gratwanderung, bei der die Wirtschaft nicht erwürgt werden darf.

Evidenz-basierte Medizin EBM ist gefragt

Es hat in der Geschichte noch nie eine Epidemie gegeben, die nicht natürlicherweise und spontan zu Ende gegangen ist – in Übereinstimmung mit der Notion, dass Gott die Menschen trotz allem liebt und nicht dauernd bestrafen will. Von der angeblich tödlichen und hochgefährlichen Schweinegrippe spricht heute niemand mehr, weil sie trotz Hysterie einfach vorübergegangen ist. Und es gibt in der Geschichte nur 1 erfolgreichen „Lock-Down“, als *John Snow* Mitte des 19. Jahrhundert in London einen Brunnen sperren liess, aus dem cholera-verseuchtes Wasser floss. Die derzeitigen lock-downs sind in Wirkung und Nutzen nicht wissenschaftlich überprüft. Die Infektionsterblichkeit ging im 17. und 18. Jh. stark zurück, weil eine erfolgreiche moderne Wirtschaft genügend Nahrung, Wasserleitungen mit sauberem Trinkwasser und warme Wohnungen bereitstellen konnte, sodass feucht-kalte Wohnungen und Unterernährung verschwanden. Medizinische Massnahmen wie Impfungen hatten keinen erkennbaren Einfluss auf diesen nahezu linearen Rückgang. Der Nutzen von Impfungen wird von der Medizin weit überbewertet (www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/nzz_grippe.pdf) und überschätzt. Ob die Medizinindustrie sich so besser verkaufen und Geschäfte machen will, ist die Frage. Vielleicht ist entscheidender, dass die [post]moderne Gesellschaft glauben will, sie könne heute das Sterben abschaffen. Dieser illusionäre Wunsch bestimmt offenbar auch die heutigen Corona-Massnahmen, die aus propädeutischen Theorien von Anfänger-Medizinstudenten stammen und nicht aus guter Evidenz. Es braucht randomisierte Vergleiche und keine Experten-Spekulationen. Konsensus-Konferenzen gelten in der Evidenz-basierten Medizin übrigens als unterster Level von wissenschaftlicher Evidenz, weil sie käuflich-politisch und nicht

wissenschaftlich agieren. Um gültige Daten zu bekommen, wählt man etwa per Los einige 1000 Personen aus. die Hälfte – wiederum per Los - bekommt einen Lockdown bzw. geht in ein Lockdown-Verhalten, die andere Hälfte macht unverändert weiter. Nur ungefähr so ergeben sich vergleichbare Gruppen und stichhaltige Erkenntnisse. Mangels richtiger Studien wissen wir nicht einmal, ob die angeblich wirksame Coronaimpfung wirklich nützt. Wieder wird ein Laborergebnis (Antikörperbildung) überbewertet und über die Gültigkeit hinaus extrapoliert. Haben wir im propädeutischen Studium so gelernt. Aber Evidenz ist etwas Anderes. Auch die Grippeimpfung wirkt im Labor. In der Praxis wirkt sie aber nicht, was EBM-Fachleute der *Cochrane Collaboration* in Systematischen Reviews gezeigt haben. Noch nie haben gute und stichhaltige Studien gezeigt, dass Impfen Krankheit und Sterblichkeit vermindert, vielleicht mit 1 Ausnahme: Die Masern-Impfkampagnen in Nicaragua der 1980er Jahre. Als Schweizer Gesundheitsbrigade hatten wir diese eigenhändig mitgemacht. Die Masern gingen in der Tat zurück, da gleichzeitig auch eine Alphabetisierungskampagne und eine Agrarreform erfolgten. Der Austritt aus der Pseudo-Vernunft von Alarmismus und Aktivismus und Sterbetabu ist offenbar für den (modernen) Menschen ein zu schwieriger aufklärerischer Akt. Schon in der Antike hatten *Hippokrates* (Aabendland) und *Laotse* (Ferner Osten) davon gesprochen und gewarnt. Interessant, Naturgesetze gelten eben in Ost und West. Der Osten hat dieses Allgemeinwissen bewahrt. Der Westen hat es schon früh als dunkles Mittelalter gecancelt.

Der Kluge wartet und lässt die Dinge geschehen. Der Törichte flüchtet sich in Aktivismus
Laotse

Zuerst einmal gilt es, nicht [aus Eifer] zu schaden
Hippokrates

C

Das Gegenteil von gut ist nicht böse, sondern gut gemeint.
Bert Brecht

D

If the only tool you have is a hammer you tend to see every problem as a nail.
Mark Twain
(Das Spezialisten-Dilemma, bei dem der Mensch hinter dem Virus verschwindet)

E

Ein Student, der viel weiss, aber nicht genau, wozu, gilt bei uns als nicht besonders guter Student. Ein Student, der etwas nicht weiss, aber weiss, weshalb er das nicht weiss, ist ein guter Student.

Moshe Prywas, Dekan der Ben-Gurion University of the Negev Medical School anlässlich meines Praktikums als Unterassistent 1978

F

Wissenschaft zeichnet sich dadurch aus, dass sie aus der grossen Vielfalt der Erscheinungen die entscheidenden Faktoren herausarbeitet, die das Geschehen bestimmen. In der Medizin brauchen wir vollständige epidemiologische Überlegungen und gute kontrollierte Studien, um die Prädiktivität von Faktoren und die Auswirkung von Massnahmen zu bestimmen. Unter Impffachleuten glaubt man an einen Impfschutz, wenn eine Antikörperbildung auf das Impfstoff-Antigen erzielt wird. Man kann die künstlich erzielbare Antikörperbildung durch das Impfen als grossartige Leistung der Medizin betrachten. Allerdings gilt es dennoch zu prüfen, ob dieser theoretische Impfschutz in der Praxis auch wirklich nützt. Systematische Analysen zeigen einen fehlenden Nutzen der Grippeimpfung. Die bisher durch ungenügende und selektive Laborstudien gestützte Theorie, ein Impfschutz sei auch in der Praxis ein wirksamer Schutz, ist möglicherweise falsch. Epidemiologisch entscheidend ist die Frage nach den Abwehrkräften insgesamt. Die reale Immunität wird nicht unbedingt vom Impfschutz bestimmt, sondern von unspezifischen Abwehrkräften, die die orthodoxe Medizin kaum kennt. Eine Grippe kann bei ungenügenden Abwehrkräften zwar gefährlich sein, doch scheint dies mit oder ohne Impfung gleichermassen der Fall zu sein. Man hat den Schutz durch das Impfen stets über-bewertet, denn der faszinierende Erfolg der Pockenimpfung im Berlin des 19. Jahrhunderts täuscht bis heute. Denn es wird ausgeblendet, dass die durch die Unterernährung bedingte Anfälligkeit nicht verhindern konnte, dass konkurrierende Infektionen den Rückgang der Pocken wieder wettmachten. Die Kindersterblichkeit blieb nach den Impfungen insgesamt gleich, auch wenn Pocken-Todesfälle zurückgingen. Und der Rückgang der Infektionskrankheiten zwischen 1840 und 1970 (in England und Wales) erfolgte die ganze Zeit stetig – Impfungen brachten keine Veränderung in diesen fast linearen Trend. Masern ihrerseits haben bei uns kaum je zu Sterbefällen geführt, anders als in Drittweltländern. Komplikationen sind somit nicht Folge des Virus, sondern der geschwächten Widerstandskräfte des Wirts unter prekären Verhältnissen. Die Spanische Grippe 1918 grassierte am Ende des Ersten Weltkriegs, der die Menschen geschwächt hatte. Nur dadurch sieht dieses Virus bei oberflächlichem Blick besonders gefährlich aus und konnte als falsches Argument für die Schweinegrippe-Hysterie dienen.

Johannes G. Schmidt, NZZ 2016 [12]

G

Der klinische Epidemiologe Dr. med. Johannes Schmidt erläutert in dieser Radiosendung die Erkenntnis, dass ein Impfnutzen wie auch Impf-Nebenwirkungen letztlich ein reines Glücksspiel sind. Kinder mit einer guten Abwehr kommen ohne Impfungen gut durch und haben auch keine Impfnebenwirkungen zu fürchten. Kinder mit einer prekären oder momentan geschwächten Abwehrkraft können zwar durch Krankheiten, aber genauso durch Impfungen beeinträchtigt werden. Es ist ein äusserst unsicheres Glücksspiel, ob eine Impfung gerade vor etwas Seltenem schützt, das wirklich eintreten würde, oder ob sie lediglich ein schon schwaches Abwehrsystem belastet und den Schutz gegen andere Infektionen kompromittiert oder sogar zu einem Impfschaden führt.

DRS 2 Kontext, 24.3.2004

(http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/017_radiobeitraege/impfen.php)

H

klinisch-epidemiologische Bilanz der Epidemie

Es ist jetzt Zeit, dass der Bundesrat eine Mortalitäts-Bilanz des Covid-Epidemie-Verlaufs erstellt, Gesamtsterblichkeit, spezifische Sterblichkeit an Infekten der Luftwege, die Differenz bzw. Sterblichkeit an Suizid, Unfällen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein Vergleich mit den Vorjahren. gleichzeitig ist eine Vorbereitung nötig, solche Zahlen in Zukunft epidemiebegleitend in etwa wöchentlichem Abstand zu erheben.

ein zentrales Element einer zeitgemässen, evidenzbasierten Medizin ist die jeweilige Analyse und Berücksichtigung der Gesamtmortalität und der Gesamtmorbidity. So sind in Fukushima z. B. letztlich mehr Menschen an den Folgen von Bluthochdruck und Diabetes durch den Stress der medizinisch begründeten Zwangsumsiedlungen gestorben als durch radioaktive Verstrahlung (ZDF 1.3.2021).

Ärzte für massvolle Epidemiebekämpfung, März 2021 [14]

I

Wenn also Brustkrebs in unserem Alltagsdenken als bedrohliches (Krankheits-)Bild erlebt wird, so kann man feststellen, daß eine Patientin mit Brustkrebs objektiv eine deutlich weniger gefährliche Krankheit hat als eine Patientin mit einer koronaren Herzkrankheit. Im Erleben hat die subjektive Bedrohlichkeit mehr Gewicht und bestimmt die Krankheitsangst, die objektive Gefährlichkeit zeigt aber, daß in Bezug auf Brustkrebs übertriebene Vorstellungen diese Angst nähren. Es ist in unserer Diskussion deshalb nicht sehr hilfreich, zu sehr das Bild der schwer leidenden terminalen Brustkrebspatientin und damit bewußt oder unbewußt das Gefühl unserer schwer erträglichen therapeutischen Hilflosigkeit zu evozieren, was dann mächtig nach Erleichterung durch Aktivismus verlangt, der nicht mehr gebührend kritisch hinterfragt werden kann [4].

I
The most impressive patterned regularity in morbidity and mortality rates is social class. As one moves down the social class hierarchy, one has less control of ones destiny. Suggestions are made how control of destiny can be improved [2].
Leonard Syme, University of California, Berkeley, First Scientific Symposium of Einsiedeln, 1993

K

if you once understand and accept these principles (of medical decision making), life will not be the same again.

Harold C. Sox (Harvard Medical School) et al. Medical Decision Making, Wiley 2013

L

Früherkennung enthält viele Trugschlüsse

Schmidt JG. In M Kochen et al. Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Thieme 2006 [15]

M

Die Hilflosigkeit von Helfern entspringt ihrem überstrengen altruistischen Ideal der sozialen Hilfe. Was rigide Ideale im Leben des Einzelnen und im Zusammenleben von Gruppen und Völkern anrichten können, ist das Thema dieses erfolgreichen Klassikers. Helfen macht das Wesen zahlreicher Berufe aus.

Wolfgang Schmidbauer. Die Hilflosen Helfer, 1977

3. Corona-Massnahmen ohne wissenschaftliche Evidenz und deren unerwünscht schädliche Auswirkungen

Die behördlichen, von der Medizin empfohlenen Massnahmen von Schulschliessungen bis zu anderen Lockdowns erfolgten mit dem Versprechen und in der Absicht, die epidemische Sterblichkeit zu verringern. Wie eingangs aufgezeigt, waren die Massnahmen jedoch eher geeignet, die Zahl der Todesfälle insgesamt zu erhöhen, weil die proportionale Sterblichkeit (*proportionate mortality*) an Corona nicht ins Gewicht fällt gegenüber der gewöhnlichen kardiovaskulären Mortalität. Der begründete Verdacht, dass die staatlichen Corona-Massnahmen die Mortalität insgesamt erhöhten, sollte deshalb empirisch überprüft werden anhand der aktuellen Mortalitätszahlen im Vergleich mit den Vorjahren. Solche Zahlen sind glücklicherweise zugänglich durch eine Online-Publikation der WHO, die auch die Schweiz einschliesst. Das eidgenössische BAG stellt diese Zahlen nicht zur Verfügung und verweist lediglich an das Bundesamt für Statistik BFS, das seinerseits eine wenig übersichtliche Homepage zur Verfügung stellt. Im Gegensatz zu den früheren gedruckten übersichtlichen Büchern können die Mortalitätszahlen nach Ursache nun kaum mehr erschlossen werden. Aber wie gesagt, die WHO hat die Zahlen der Gesamtmortalität [18]. Diese Studie von Msemburi et al. zeigt eine signifikante Mortalitätszunahme von 5-10% im Jahr 2022, wobei die Schweiz keine Ausnahme bildet. Eine wichtige Ausnahme bildet Schweden wie schon eingangs erwähnt. Im unübersichtlichen WHO Paper lässt sich die Zahl für Schweden nicht entnehmen, aber es gibt wie schon erwähnt andere Quellen: www.m/volokh/2023/01/10/no-lockdown-sweden-seemingly-tied-for-lowest-all-causes-mortality-in-oecd-since-covid-arrived. Auch in der *Australia Times* erfolgte eine Analyse, da man dort das schwedische Vorgehen eher als skandalös gilt. Man musste aber eher erstaunt feststellen, dass Schweden in puncto Mortalität besser weggekommen ist als Australien. Australien folgt eher der britischen Logik von Quarantäne und Abschottung, deshalb wollte man zeigen, dass das laxere, unverantwortliche Vorgehen der Schweden gefährlicher war, was sich dann als Gegenteil herausstellte. Im Grunde ist gerade auch für Australien das Locken gefährlich. Es hat eine vorwiegend angelsächsische Bevölkerung und diese sind bekanntlich überdurchschnittlich infarkt anfällig. Im WHO Paper wird die spezifische Mortalität für Suizid, Herz-Kreislauf, Unfälle etc. jedoch nicht aufgeführt. Aus vielleicht weniger seriösen Quellen der sozialen Medien wird indes mehrfach berichtet, dass vor allem der plötzliche Herztod stark zugenommen habe. Und dies wird ebenfalls mehrfach mit der Impfung kausal in Verbindung gebracht mit Berufung auf impfbedingte Myokardschädigungen als pathogenetisches Zwischenglied, was renommierte deutsche Pathologen festgestellt haben. Die Impfschaden-These hat einiges für sich und hat auch kompetente deutsche Professoren und Autoren, die sie stützen wie Bhakdi, Horkertz, Burkhardt und Bergholz. Der plötzliche Herztod ist jedoch ein altbekannter Gefährte der koronaren Herzkrankheit, die ebenfalls das Myokard beeinträchtigt. Da wird die These ebenso denkbar, dass die Freiheits- und existenzbedrohenden Massnahmen der Lockdowns die entscheidende Rolle spielen und nicht einfach [nur] Impfnebenwirkungen. Der Vergleich mit Schweden ist eine Art kontrollierte Studie. Neben Ländervergleichen können auch Städtevergleiche als Kontrolle dienen. Ich kenne zwei Menschen nur schon in meinem Bekanntenkreis, die nach der Impfung plötzlich gestorben sind. Aber das allein ist kein Beweis. Und statistische Zusammenhänge sind kein

Kausalitätsbeweis. Deshalb ist diese Frage kaum oder nur sehr schwer im Nachhinein zu klären. Es hätte während der Massnahmen prospektive, kontrollierte Studien gebraucht, damit wir etwas hätten lernen können. Die *Task force* aus spezialisierten Medizinern hatte aber offenbar nur den propädeutischen Hammer der Virus-Jagd und -Isolation in ihrer Werkzeugkiste, wie *Mark Twain* bemerken würde. Nicht aber das vollständige Werkzeug, das für die differenzierte Analyse und Konzeption klinischer Studien benötigt wird [19]. Man wird mit der Zeit mehr Indizien für die eine oder andere These finden und die Frage immer nur ungenügend beantworten können. Aber wir können lernen, dass unsere hochbezahlten Universitäten und Götter in Weiss offenbar nicht verstehen, was es braucht. Wir brauchen auch Medien, die kundig recherchieren können und nicht nur Sensation und komplizenhafte Unterwürfigkeit unter den medizinisch-industriellen Komplex an den Tag legen und die Regierung zur Komplizenschaft mit diesem Komplex drängen und zwingen. Wir haben in der Schweiz immerhin *Die Weltwoche* und *Infosperber*, die unabhängiger sind. Jedenfalls ist es schwer zu verstehen, dass ein erfolgreiches, unabhängiges und selbstständiges Land wie die Schweiz - offenbar im Fahrwasser der EU-Länder - derart fragwürdige und ungeprüfte Massnahmen kritiklos durchsetzte und regierungsseits ebenso das ahnungslos naive Impfversprechen eines sicheren Schutzes vor Ansteckung und Übertragung verbreitete, obwohl aussagekräftige kontrollierte Studien mit relevanten Endpunkten immer fehlten. Der Vergleich mit Schweden ist zwar eine Art kontrollierte Studie. Auch Städtevergleiche können als kontrollierte Studien gelten, wie das nationale Forschungsprogramm 1 NFP 1 zeigt, in welchem die Stadt Nyon mit Aarau verglichen wurde. Der Schwedenvergleich ist aber keine prospektiv randomisierte Studie, was die Aussage schwächt. Die Randomisierung, d.h. heisst Zuteilung nach Los erfolgt, um Selektionseffekte auszuschliessen und die Randomisierung verteilt die Vergleichsgruppen am zuverlässigsten. Wirklich gleich. Im Falle von Schweden ist anzunehmen, dass die Schweden eine Selektion besonderer Menschen sind. Eigenwillig und selbstständig. Das sind entscheidende Merkmale einer besonders guten Resilienz. Es könnte also sein, dass die Schweden resilientere Menschen sind, denen Krankheiten und insbesondere infektiöse Erreger weniger anhaben können. Das könnte den schwedischen Mortalitäts-Vorteil auch erklären. Dennoch sind die kopflosen Lockdowns der wahrscheinlichere Grund für die Schweden-Unterschiede. Denn es ist gut bekannt, dass ökonomische Unsicherheit, hier durch die Lockdowns verursacht, sehr starke Risikofaktoren für Herzinfarkte und den plötzlichen Herztod sind.

Der durchschnittliche Mediziner hat noch immer nicht verstanden, dass Surrogat-Trugschlüsse, hier der falsche Wirksamkeitsbeweis der Impfung, möglich und stets in Betracht zu ziehen sind. Es ist auch kaum zu glauben, dass Covid-Impfungen nicht nur zugelassen, sondern auch für die ganze Bevölkerung als quasi obligatorisch erzwungen worden waren, obwohl anständige Studien immer fehlten, die die Wirksamkeit und Sicherheit belegen könnten. Wieder einmal hat hier Swissmedic versagt. Aber auch der Schweizerische Bundesrat war töricht genug, die Schutzwirkung und Sicherheit der Impfung zu behaupten. Weil er offenbar keine *task force* zusammensetzen kann, die einfache wissenschaftliche Fehler wie den Surrogat-Trugschluss und gültige Evidenz-Kriterien versteht. Deutschland hatte es da besser. Kompetente Autoren wie Bhakdi, Mühlhauser, Bergholz, Burkhardt und Horkertz hatten Einspruch erhoben, der dann allerdings an einer überheblichen Politikerkaste mit fehlendem common sense abprallte. Die behäbigen Schweizer erkennen die nötige Kritik nicht einmal und scheuen sie. Die Deutschen im Land der Dichter und Denker bekommen keine Regierungen mehr zusammen, die eines common sense fähig ist. Das Resultat ist hier wie dort betrüblich.

4. Das trügerische Narrativ medizinischer [Impf-]Erfolge und die ernüchternde [fehlende] Evidenz

Wie in Kapitel 2 bereits zitiert, gibt es keine stichhaltige Evidenz, dass der starke Rückgang der Infektionsmortalität ein medizinischer Impferfolg sei. Die beste Untersuchung zu dieser Frage wurde vom schottischen Epidemiologen *Thomas McKeown* vorgenommen, der 1979 aufzeigte, dass beim drastischen Rückgang der Infektionsmortalität kein zeitlicher Zusammenhang mit der Einführung von Impfungen besteht [18]. Er nannte das entsprechende Buch: «*The Role of Medicine – Dream, Miracle or Nemesis?*». Den gleichzeitigen zeitlichen Zusammenhang mit Innovationen in der Landwirtschaft und der Technik interpretierte er als weit wahrscheinlicheren Grund für das praktische Verschwinden der Infektions-Todesfälle. Diese Innovationen ermöglichten ausreichend Nahrung, Trinkwasserleitungen und warme Wohnungen, sodass Unterernährung und feucht-kalte Wohnverhältnisse verschwanden. Nicht die Mediziner, sondern die Landwirte und Bauarbeiter hatten für eine markante Verbesserung der Volksgesundheit und für den Rückgang der Sterblichkeit gesorgt. *Mc Keown* räumt ein, dass etwa in der Geburtshilfe auch die Medizin Anteil an diesem Rückgang hatte. Der medizinisch-industrielle Komplex hat jedoch absatzfördernd dafür gesorgt, dass die einzige erlaubte Geschichte lautet, dass die moderne Medizin [allein] mit den Impferfolgen einen derartigen Sterblichkeits-Rückgang bewirkt habe. In Kapitel 6.b. wird indes eine andere Geschichte aufgezeigt, in der die moderne Medizin und ihre Industrie aus Unachtsamkeit und wissenschaftlicher Nachlässigkeit sehr viele Sterbefälle produziert hat.

5. Das übertriebene Angst-Narrativ bösartiger Krankheiten

Die Medizin verhält sich (heute) wie die mittelalterliche Kirche. Sie arbeitet mit Angst und täuschenden Versprechen, um ihre Geschäfte zu fördern. Sie warnt und behauptet v.a. bei Krebs, dieser sei bösartig und töte, sehr teure Behandlungen seien unbedingt nötig. Und sie nimmt Patienten die letzte Hoffnung, wenn diese nicht einsehen (wollen), dass sie sterben müssten und die teuren und unangenehmen Behandlungen deshalb unbedingt bräuchten. Es gibt meines Erachtens Hinweise auf ein völlig anderes Narrativ. So war schon das mittelalterliche Narrativ der Kirche höchst schief und fragwürdig. Das Fegefeuer ist keine Strafe Gottes, wie behauptet wurde, es ist eher ein klinisch-biologisches Phänomen. *Paracelsus* war vor 500 Jahren nicht in erster Linie ein Modernisierer der Medizin. Er war primär ein Kritiker des praxisfremden Scholastizismus und Verteidiger der mittelalterlichen Wissenschaft, die er aus den Klauen der praxisfremden, elfenbeinturmig verfälschenden Scholastiker befreien wollte. Er sagte «Jede Krankheit ist ein Fegefeuer. Daher kann kein Arzt heilen, wenn nicht nach Gottes Ratschluss das Fegefeuer beendet sein soll.» und «Die rechte Tür der Arznei ist das Licht der Natur.». Mit dem Wissen der klassischen, Altchinesischen Medizin werden diese Aussagen verständlich. Denn in Asien wurde die klassische alte Wissenschaft nie ganz ausgemerzt und lebt deshalb in ihrer historischen Praxis heute noch – von Generation von Meistern auf die nächste bis heute weitergegeben. Das Fegefeuer (purgatorium) zeigt sich als ein klinischer Vorgang von Entzündung und Fieber, bei dem der Körper sich von pathogener Kälte befreit, um zu gesunden. Das Feuer, die Entzündung, wird in der alten Chinesischen Medizin als falsches Feuer bezeichnet, weil die Ursache in der Regel Kälte ist. Deshalb besteht die Therapie aus Wärmen, aus giftig wärmenden Arzneien, die über vermutlich Biophotonen das «Licht der Natur» und damit die Resilienz zurückbringen [22] Auch für uns heute noch augenscheinlich ist das Beispiel der Frostbeule, eine Entzündung (Dermatitis), die aus einem Übermass von Kälte entsteht. Wunden heilen von selber über eine Entzündungsreaktion. Das eindrücklichste Beispiel aus meiner Praxis ist ein Fall von multipler Sklerose MS, die durch eine wärmende Therapie mit Einbezug von giftigem (präpariertem!) Eisenhut (*Aconitum*) ausheilte [23]. Sog. MS-Schübe erscheinen dann als Spontanheilungsvorgänge, welche die Gesundheit insgesamt stabilisieren und die Anfälligkeit reduzieren. «Gottes Ratschluss» lässt manchmal allerdings lange auf sich warten. Es braucht viel Geduld und Mut bis zur Heilung, die nicht in jedem Fall und schnell gelingt. «Gottes Ratschluss» bzw. die *natural history* kann sehr variabel sein. Selbst ein Fall von Knochenmetastasen bei Brustkrebs zeigte bei mir einmal einen erstaunlich gutartigen Verlauf, der durch die bloße Unterstützung der Widerstandskräfte zur Heilung führte [24]. Es scheint dann, dass Metastasen eine Strategie des selbstheilenden Körpers darstellen könnten, um die Tumormasse zu zerstreuen, die dann in kleinen Stücken leichter bewältigt werden kann und durch das Feuer des Fiebers, Tumorfiebers, über die Haut (Fieberblasen) aus dem Körper ausgesondert wird. Die Chinesische Medizin lehrt seit 2000 Jahren, dass Fieberblasen ein günstiges Zeichen sind. Und in beiden Fällen war auffällig, dass die Patientinnen ein grosses Potential von Hoffnung aufwiesen. In der medizinischen Sozialisation lernt man aber, Hoffnungen als falsch zu sehen und dass diese zu zerstören sind. Sog. aufgeklärte Medizin will, dass keine angeblich falschen Hoffnungen erlaubt werden dürfen, was meines Erachtens eine der

grössten Grausamkeiten der [gängigen] Medizinerkaste darstellt. Bösartige Krankheiten sind eben keine unabänderliche Strafe Gottes, der nur die orthodox konventionelle Medizin begegnen dürfe. Schon die Kirche im Mittelalter hatte sich geirrt. Das Fegefeuer ist keine Strafe Gottes, sondern manchmal eine Gnade (nämlich ein Zeichen der Wehrfähigkeit des Körpers. Übrigens ist das Fieber nicht nur in der Altchinesischen Medizin als segensreich anerkannt, sondern auch bei den alten Griechen des Abendlandes (z.B. *Parmenides* s.[25]). Meine Interpretation ist natürlich sehr hypothetisch, aber die gängige Lehre ist auch hypothetisch und nicht unbedingt haltbar. Virchow hatte sich vielleicht geirrt. Krebszellen verbreiten sich nicht immer strikt lymphogen, dann hämatogen bis zum unausweichlichen Metastasentod. Modernere Autopsiestudien zeigen vielmehr, dass etwa Brustkrebsherde in der grossen Mehrheit (85%!) nicht zum Tod führen [4]. Da dieses Wissen wohl geschäftsschädigend wäre, wird es von der Medizin und ihrer Industrie unterschlagen. Übertriebene Angstmache ist profitabler. Dass die Medizin nun auch bösartige Viren geltend macht und wiederum dermassen übertriebene Szenarien behauptet und so weiter ins dunkle Mittelalter zurückfällt, müsste wirklich nicht sein, wenn der moderne Mensch Aufklärung begreifen könnte. Das Mittelalter wirkt schon aufgeklärt im Vergleich.

6. Das seltsam antiaufklärerische Verhalten der Medizin

6.a. 500 Jahre Geschäfte mit der Angst: Ärzte zwischen Ablasshandel und Exkommunikation

Exkommunikation besteht in der katholischen Kirche heute weiter. Abgeschafft hat sie nur den Scheiterhaufen. Die aktuell im Vordergrund stehende Form der Exkommunikation ist die *cancel culture*, die heute weit mehr verbreitet ist als die klassische Exkommunikation. Doch da bin nun und schreibe und kann nicht anders. Gott hilft mir. Was heute mit den Mitteln der Massenmedien die alte katholische Kirche weit in den Schatten stellt, ist die Angstmache mit übertriebenen und schiefen Narrativen.

6.b. Das medizinische Denken ist gefährlich: die zahllosen Toten der (Präventivmedizin(-Industrie))

Das medizinische Denken ist gefährlich. Wir werden in einer langen Ausbildung gedrillt, unser Augenmerk ganz auf die Klassifikation der Krankheiten und deren Laborwerte zu richten statt auf den ganzen Patienten. Der mittelalterliche Mensch wollte glauben, mit Ablassgeldern an die Kirche könne man dem Fegefeuer entkommen. Der moderne Mensch will glauben, mit der modernen Medizin und steigenden Krankenkassenprämien liesse sich das Sterben abschaffen. Wir kennen jedoch zahlreiche Beispiele medizinischer Massnahmen, die Leben retten wollten, aber die Sterblichkeit und das Leiden erhöht haben:

- Flecainid/Encainid bei gefährlichen Herzrhythmusstörungen [7]. Dies war die klassische Studie, die zur Erkenntnis des Surrogat-Trugschlusses geführt hat. Diese Erkenntnis wurde in der Folge jedoch weiterhin ignoriert, weil die Medizin Fehler nicht zuzugeben pflegt, es könnte ja Einfluss und Profitmöglichkeiten schmälern.
 - Glitazone (Blutzuckertabletten) bei Zuckerkrankheit. Moderne Blutzucker-Medikamente haben eine exzellente Wirkung auf die Blutzuckerwerte, aber vervielfachen die Koronar-Todesfälle, wie verspätete adäquate Studien dann zeigten (s. [26])
 - Hormone in der Menopause (siehe in [26]). In diesem Aufsatz wird auch der *Confounding- und Selektions-bias* als weitere Quelle medizinischer Irrtümer dargestellt wie z.B. bei der schädlichen «Hormonersatztherapie» bei Frauen in der Menopause
 - Cholesterinsenker bei überdurchschnittlichen Cholesterinwerten [11]. Ich konnte in einem Beitrag im British Medical Journal BMJ aufzeigen, dass das Cholesterinscreening die Gesamtmortalität, die Todeszahlen insgesamt, erhöht hat [10]
 - Nutzlose Krebsvorsorge, die viele unnötige Krebsfälle und damit unnötiges Leiden schafft [28].
- Glitazone bei Diabetes: Die sehr gut zur Normalisierung des Blutzuckers geeigneten Glitazone, die ich mangels adäquater Studien glücklicherweise nie an meine Patienten abgegeben habe, erhöhen die Koronar-Mortalität um ein Mehrfaches (s. [27]), nachdem sie als bestwirksamer Schutz vor der koronaren Herzkrankheit angepriesen worden waren. Die Mediziner hatten nichts aus der oben erwähnten CAST-Studie gelernt und diese tödlichen Medikamente wiederum tonnenweise abgegeben!

In der Wissenschaft spricht man vom Surrogat-Trugschluss oder -Irrtum. Wird ein pathologischer Messwert als Surrogat der Krankheit (z.B. Blutzucker oder Blutcholesterin) verbessert, darf daraus keine nützliche Wirkung und ein Nutzen für den Patienten abgeleitet werden, solange dies nicht in (randomisiert) kontrollierten Langzeitstudien mit patientenrelevanten Endpunkten nachgewiesen ist. Der Philosoph Ludwig Hasler spricht bei solch kontraproduktiven Ergebnissen von der Ödipus-Falle. Ödipus hatte irrtümlich den Falschen, seinen Vater, umgebracht. Immer war der Fehler, dass die Medizin aus propädeutischen Theorien (Pathophysiologie) zuviel abgeleitet hat und auf alarmistische und angstmachende Weise Rettung versprach. Diese Therapien für Zucker- und Cholesterin-Werte waren zwar hervorragend wirksam, aber eben nur auf EKG und Laborwerte und nicht auf den Patienten, der durch die „wirksamen“ Therapien signifikant häufiger starb. Dies zeigte sich, als man nach den Methoden der Evidenz-basierten Medizin EBM aussagekräftige Studien durchführte und die medizinischen Theorien so empirisch überprüfte.

Die Medizin hat mit sehr alarmistischen und unangenehm ängstigenden Propaganda-Feldzügen seit etwa 30 Jahren begonnen, Massen-Screenings zum angeblichen Schutz der Gesundheit einzuführen. Diese haben nur zahllose Leichen produziert und die Einkommensmöglichkeiten der Ärzte stark optimiert. Und praktisch kein Journalist hat es gemerkt, weil diese auch hier begonnen hatten, dem Bundesamt für Gesundheit [bzw. Amt für Krankheit] alles unkritisch nachzuplappern und aufzubauschen. Lediglich eine *Verena Thalmann* vom Tages-Anzeiger hatte die Kritik einmal aufgegriffen. Jedenfalls ist die Geschichte moderner irriger medizinischer Propaganda mit tödlichen Folgen schon einige Jahrzehnte alt. Der Corona-Irrsinn ist ein *déjà vu*. Der medizinisch-industrielle Komplex hat sich fest etabliert.

Es wäre zu deprimierend, die genaue Zahl der iatrogen Toten zu berechnen. Ich kann mir zugute halten, einige der Verrücktheiten aktiv aufgeklärt und bei meinen Patienten vermieden zu haben. Aber ich bin unglücklich, dass ich die vielen Toten dennoch nicht verhindern konnte.

6.c. Mediziner Ausbildung: Sozialisation zu kritiklosem Auswendiglernen und lukrativem Karrierismus

Die Mediziner Ausbildung und Ausbildungsmethodik ist/war mir seit Studiumsbeginn 1975 ein wichtiges persönliches Anliegen. Ich hatte mich jahrelang für eine Studienreform eingesetzt. Als Vorstandsmitglied des Medizinstudentenverbandes Basel MSB, später als Zentralpräsident des Verbandes der Schweizer Medizinstudenten VSM, als der ich Einsitz in der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission SMIFK hatte und Mitglied im Leitenden Ausschuss LA für die Eidg. Medizinalprüfungen wurde. Später folgte die Funktion als Delegierter in der Internationalen Föderation der Medizinstudenten-Verbände IFMSA, wo ich Kontakte zu Dr. J.-J. Guilbert von der WHO knüpfte und *educational workshops* organisierte, ebenso wie eine zeitweise aktive Rolle im Verein für Mediziner Ausbildung in Europa AMEE hatte. In der IFMSA wurde ich Leiter des *Standing Committee on Medical Education* SCOME Europe und war schliesslich Mitautor der *Declaration of Kiljava 1978* «Primary Health Care and Medical Education». 1993 wurde ich Mitautor eines Reports des WHO Regional Office Europe «Primary Health Care in Undergraduate Medical Education.», basierend auf einem Expertentreffen in Exeter/UK, zu dem ich eingeladen worden war. Schon unsere

Studienreformbemühungen in der Schweiz waren stets auf ein Studienziel Allgemeinmedizin/Primärmedizin ausgerichtet sowie auf eine Realisierung einer effizienteren Ausbildungsmethodik wie vor allem eines *Problem-Oriented* und *Problem-Based Learning*. Es gab weltweit eine Handvoll medizinischer Fakultäten, welche dieses Ziel und diese Methodik bereits umgesetzt hatten: Maastricht in Holland, Beersheba in Israel, Newcastle in Australien und McMaster in Kanada. Diese habe ich ausser McMaster alle schon als Student besucht. Als National Exchange Officer zwischen VSM und IFMSA hatte ich gute Möglichkeiten, für mich ein Unterassistentenpraktikum an diesen ausländischen Orten (Beersheba/Israel, Taree/Australien) zu organisieren. Wir hatten also zu unserer Studentenzeit Austauschmöglichkeiten lange bevor das EU-Austauschprogramm existierte, mit dem die Schweiz heute von Brüssel unter Druck gesetzt wird, auch mit Holland, woher der Namensgeber Erasmus ja stammt. Holland war Mitglied in der IFMSA Mein wichtigstes Praktikum war ohnehin in Israel und nicht in der EU. Unser Schweizer *Eugen Bleuler*, Psychiatrie-Professor an der Uni Zürich Ende 19./Anfang 20. Jahrhundert, hatte einmal bemerkt, dass der Mediziner das Denken nicht lerne, da er nur gut auswendig lernen können müsse [30]. In Israel, während meines Auslandpraktikums 1978 in Beersheba sagten alle Professoren, mit Dekan *Moshe Prywas* übereinstimmend, zu mir: «Johannes, höre: Ein Student, der viel weiss, aber nicht, wozu genau, gilt bei uns als nicht besonders guter Student. - Ein Student, der etwas nicht weiss, aber weiss, weshalb er es nicht weiss, ist ein guter Student.». Und so habe ich dann effizient studiert bzw. studieren können. Beim mündlichen Staatsexamen habe ich dann z.B. den Pathologie-Prüfern erklärt, weshalb ich das Fach nicht vollständig auswendig gelernt habe, insbesondere all die mikroskopischen Schnitte, ich müsse also die Fragen an den Fachspezialisten zurückgeben, dies sei ja auch später bei der praktischen Berufsausübung nicht anders. Man zeigte mir einen Schnitt durchs Rückenmark mit der typischen Schmetterlingszeichnung. «das ist jetzt ein Rückenmark», sagte ich, «das kann ich gut erkennen. Aber es ist gerade ein Beispiel, das meine Vorrede untermauert. Ich werde in der Allgemeinpraxis beim Patienten nie ein Stück Rückenmark entnehmen können und muss auch die histologische Diagnose immer einem Pathologen überlassen. Viel wichtiger für mich wären Kenntnisse über Fehlerquoten durch falsch positive und falsch negative Befundungen, d.h. von Spezifität und Prädiktivität, die Sie uns nie gelehrt haben.» Jedenfalls war meine Note/Zensur nicht so schlecht, dass ich sie nicht in anderen Fächern hätte kompensieren können. Meine besondere Logik wurde so honoriert, da sie ja nicht falsch war. Ich bestand das Staatsexamen mit einem anständigen Notendurchschnitt. *Dr.med.* wurde ich dann mit einer Dissertation, die in einem renommierten amerikanischen Journal publiziert wurde. Man kann mit Denken also ein Staatsexamen bestehen, auch wenn man nicht ganz alles auswendig beherrscht. Meine Mitstudenten in der gleichen «Staatsgruppe» griffen mich jedoch an. «Du hättest den Professor böse machen können und wir hätten alle eine schlechte Note erhalten!» Man sieht hier schon einmal, wie Mediziner ticken und sozialisiert werden. Karriere- und Einkommens-Chancen sind stets wichtiger als eine gute Schulung zugunsten der Patienten. Studenten meiner Art trafen sich z.B. in Arbeitsgruppen für Patienten-orientierte Medizin POM statt zum Auswendiglernen. Das führt nach 40 Jahren Beruf nun zu meinem Buch «Patienten-Basierte Medizin – den Patienten behandeln, nicht die Krankheit(en).», wie im Kapitel Vorwort erwähnt. Zu sehen, dass Patienten oft mehr wissen oder ahnen über ihre Möglichkeiten und ihren Weg zur Genesung kann man nicht auswendig lernen. Leider ist es traurigerweise so, dass auch Mitstudenten meiner Art später auf die unkritische und denkfaule Bahn gedrängt wurden, wenn sie Professor geworden sind. So hatte mein alter

Freund Prof. Bucher, Basler Institut für klinische Epidemiologie, mir dringend zur Covid-Impfung geraten, da ich ein Risikopatient sei. Meine kritische Frage nach der vorhandenen Evidenz hatte er hingegen nicht beantwortet. Ich hatte dann gottseidank keine Probleme mit der Impfung. Meine Chinesische Medizin schützt sowohl vor Covid als auch vor Postvac-Problemen. In Universitäten besteht (heute) Denkverbot. Ich mache mich zudem verdächtig, weil ich auch die unorthodoxe Chinesische Medizin praktiziere, die mir immerhin den Blick auf das Ganze eröffnet hat. Und ich kann darauf hinweisen, dass ich mit Büchern und Sammelheften eine qualifizierte wissenschaftliche Auseinandersetzung pflege und Integrationswege erarbeiten konnte (http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_3_symposium/ganz3.pdf).

Mein Unbehagen gegen die universitäre *cancel culture* spüre ich seit gut 30 Jahren. Ich wurde ca. 1995 vom Internisten Berger gebeten, mich für die Professur für Allgemeinmedizin in Düsseldorf zu bewerben. Meine Skepsis gegenüber urbaner Stadt und Universität war aber zu stark. Ich befürchtete einen Verlust meiner Freiheit und verzichtete. Hier in meiner Voralpen-Landpraxis hatte ich immerhin Patienten, die aus allen Ländern von Griechenland bis Dänemark zu mir kamen und meine besondere Expertise (<http://www.infosperber.ch/gesundheit/public-health/die-beste-medizin-besteht-oft-im-abwarten>) suchten. Heute noch kann ich im Rollstuhl Patienten z.B. aus Ostdeutschland betreuen mithilfe von email und Whatsapp. Ärzte sind «hilflose Helfer». Schmidbauer hat 1978 darüber ein Buch geschrieben. Überhöhte Helfer-Ideale verführen zu einer manchmal korrupten Selbstbedienung, um sich zu entschädigen. Ärzte operieren unnötigerweise zu häufig, was gut dokumentiert ist. Der Beruf ist oft hart und schwierige Entscheidungen angesichts des Leidens belasten. Da zusätzliche Vergütungen in Form von guten Honoraren auch für unnötige Leistungen oder in Form von Heiler-Macht willkommen, um das strenge Leben auszuhalten. Hohe Kosten im Gesundheitswesen und unnötige Machtausübung gegenüber eigensinnigen Patienten sind die unerwünschten Folgen. Ärzte werden so zu oft Gegner von Patienten, die den Machtanspruch in Frage stellen. Dann wird mit der Angst-Tube manipuliert. Das über viele Jahre ansozialisierte medizinische Denken ist weitgehend beschränkt auf das Krankhafte wie Krebszellen oder Viren, die es mit allen Mitteln zu bekämpfen gelte, fast ohne Rücksicht auf den Patienten, oft mit dem eigennützigen Anliegen, dass es auch «es bitzeli mehr sein darf». Man will für die beruflichen Strapazen entschädigt sein, wenn es so leicht möglich ist.

7. Ein medizinisch-industrieller Komplex ?

Militär und Medizin sind ziemlich unverzichtbar für Menschen und ihre Gesellschaften, auch wenn Pharma- und Waffen-Industrie gelegentlich gleichermassen auf kriminelle Machenschaften zurückgreifen, um ihre Profite zu mehren. Verzichtbar ist allerdings, dass Ärzte/Mediziner, Universitäten und die Politik/Kirche sich zu bequemen Komplizen dieser industriellen Komplexe machen. Der übertriebene Fatalismus des Mittelalters wurde zwar tatsächlich über die Jahrhunderte überwunden bzw. abgewickelt, aber wir müssen feststellen und lernen, dass die heutige neue Überheblichkeit und Vermessenheit in Antike und Mittelalter und sogar in der Neuzeit nie besonders geachtete menschliche Züge waren, vor denen nicht nur die Bibel, sondern das gesamte Kulturgut gewarnt hatte. Hysterisch-moderne Ideen und Massnahmen mit der Folge wirtschaftlicher und gesundheitlicher Selbstschädigung erscheinen wie die mittelalterlichen Geisselzüge bei den damals wirklich verheerenden [Pest]epidemien. Auch der moderne urbane Mensch ist anfällig für falsche Propheten und gleichzeitig Herdentier geblieben. Verwirrung erreichen die militärisch- und medizinisch-industriellen Komplexe mittels Angstmake gleichermassen wie schon die mittelalterliche Kirche. Kirche, Militär und Medizin sind für Menschen zwar wichtig, aber eben auch schädlich, wenn wir zu unkritisch ihren Geschichten glauben und uns ängstigen lassen wie die Menschen im Mittelalter. Es braucht dazu nicht Verschwörer-[Einzel]personen. Der urban-postmoderne Hang zu modischen goldenen Kälbern, Verwirrung und Täuschbarkeit reichen aus. Überwinden wir die kollektiven modischen Täuschungen und kehren zur Vernunft der Zurückhaltung und Wahrung des menschlichen Wohlstandes zurück! Die Vernunft der Zurückhaltung und der Wirtschaftlichkeit fand interessanterweise nicht nur in der abendländischen Hochkultur mit der Bibel und anderen antiken Werken ihren Niederschlag, sondern fast gleichzeitig auch in der Ostasiatischen Hochkultur des Taoismus (Laotse, Zen-Lehre). Ironischerweise zu einer frühen Zeit, als das Erdklima deutlich wärmer war als heute und

die Sahara grün, weil Wärme Feuchtigkeit und Regen mit sich bringt (sog. Klimaoptimum des Holozän; s. Ganteför o. Fleischmann). Die Klimaerwärmung zu einem neuen Optimum könnte somit vielleicht die Chance bieten, [post]moderne Irrwege bzw. Ideologie/Hysterie wieder zu überwinden, wenn nicht die »Guten« uns davor «schützen» wollten. ‘Warm ums Herz’ ist jedenfalls förderlich für einen funktionierenden Verstand. Das wusste die klassische Chinesische Medizin schon vor 2000 Jahren («Herz-Nieren-Koordination»). Die Wärme ist und war schon immer der Menschen Freund. 2003 bis 2015 habe ich dank markant wärmender Pflanzenarznei (ein Erbe der alten taoistischen Wissenschaft bzw. Medizin) drei Hirnschläge überlebt und überstanden und in diesem Jahr noch zwei Bücher geschrieben. Möge die moderne Medizin wieder verstehen, dass es um Patienten geht und nicht [nur] um Viren und pathologische Zellen oder Laborbefunde und mögen aufgeklärte Gesellschaften fähig werden, dies in Zukunft von der Medizin und der Politik zu fordern. Dann hat das menschengemachte Elend der Corona-«Pandemie» vielleicht einen Sinn gehabt.

Im Oktober dieses Jahres werde ich auswandern auf die Farm meiner Thailändischen Frau im Bezirk *Si Mueang Mai* in der Provinz *Ubon-Ratchathani*. Farm mit Rindern, Ziegen, Schweinen, Hühnern, Enten, Gänsen, Kokospalmen, Mangobäumen, Zitronen, Feigen, Melonen, Reis und *Ketschawa* (Holzstengel zur Zuckergewinnung mit grünen Blättern, die das Land ergrünen lassen – mehr Holunder-ähnlich als Zuckerrohr. Besucher sind willkommen. Kontakt bleibt schmidt@paracelsus-heute.ch

fertiggestellt am 18.8.2023

mehr über den Autor:

<http://www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/schmidt.php>

8. Quellenverzeichnis, Literaturverweise

1. Stiftung Paracelsus Heute, CH-8840 Einsiedeln. Methodik von Studien - Kurse in Critical Appraisal,
download unter: www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/methodik_studien/index.php
2. S. Leonard Syme. Control of destiny and health - Towards a more effective preventive medicine. In Johannes G. Schmidt et Richard E. Steele (eds.). Kritik der medizinischen Vernunft - Schritte zu einer zeitgemässen Praxis (ein Lesebuch). Kirchheim Verlag, Mainz 1994
download unter: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_1_symposium/41Syme.pdf
3. Schmidt JG. *The epidemiology of mass breast cancer screening: a plea for a valid measure of benefit*. J. Clin. Epidemiol. 1990; 43: 215-225; Schmidt JG. *Response to Dr Shapiro's dissent*. J. Clin. Epidemiol. 1990; 43: 235-239
download: <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/JClinEpidemiol1990.pdf>
- 4.
5. J.G. Schmidt. Was bringt das Screening bei Brustkrebs? Vortrag an der Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG, Interlaken, Juni 1996. Arch Gynecol Obstet (1996) 259 [Suppl]: S 178-S 198
download: <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/ArchGynecolObstet1996.pdf>
6. Johannes G Schmidt et Richard E Steele (eds) Patient-Based Medicine - Treat the Patient, not the Disease(s). Cambridge Scholar Publishing, Newcastle/England 2023. In print. Deutsche Vorlage: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/PDF/Sammelmappe_Patientenmedizin.pdf
7. Stiftung Paracelsus heute, CH-8840 Einsiedeln. Methodik von Studien - Critical Appraisal, Feb. – Apr 2000.
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/methodik_studien/Einsiedler_Kurse.pdf
8. Johannes G. Schmidt. Patienten-basierte Medizin – den Patienten behandeln, nicht die Krankheit[en] (deutsche Vorlage für Buch in englisch: JG Schmidt et RE Steele. Patient-based medicine. Cambridge Scholar Publishing. Newcastle/England 2023. Im Druck.
deutsche vorlage: www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/PDF/Sammelmappe_Patientenmedizin.pdf
9. DS Echt et al. Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). N Engl J Med 1991; 324:781-788
download: www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199103213241201
10. Stiftung Paracelsus Heute, CH-8840 Einsiedeln. Der Corona-Blödsinn, April 2020.
download: <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Corona2020.pdf>
11. JOHANNES G SCHMIDT. Cholesterol lowering treatment and mortality. BMJ 1992; 305: 1226-1227
download: <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/BMJ1992.pdf>
11. Stiftung Paracelsus heute, CH-8840 Einsiedeln. Cholesteriwert und seine Behandlung sind bedeutungslos – ausser nach Infarkt, 2014.
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/stiftung_aktuell_Cholesterin.php

- 12 Stiftung Paracelsus heute, CH-8840 Einsiedeln. Corona und die Unmündigkeit des Menschen, Dezember 2020.
download: <http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Corona-und-die-Unmndigkeit-des-Menschen.pdf>
- 13 JOHANNES G. SCHMIDT. Grippezeit -Zeit für Zurückhaltung. NZZ 9.1.2016
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/nzz_grippe.pdf
- 14 Ärzte für massvolle Epidemiebekämpfung, März 2021
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Massvolle_Epidemiebekmpfung_NZZ.pdf
- 15 Johannes G. Schmidt. Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren (Kapitel 4). In Kochen M.M- et al. (hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Lehrbuch Duale Reihe (3. vollst. überarb. Aufl.). Georg Thieme Verlag 2006; 25-38
download:<http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/Lehrbuch2006.pdf>
- 16 Johannes G. Schmidt. Chronische Krankheiten und der Wirt – am Beispiel von Patienten mit Multipler Sklerose. Schweiz. Z. Ganzheitsmed 2013;25: 296-303
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/SZG_MS.pdf
- 17 Johannes G. Schmidt. Zwischen Krankheit und Gesundheit – wo können wir optimal eingreifen? Vortrag am Tag der Erfahrungsmedizin 2014, Basel 20.9.2014
download: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/EMR_Vortrag.pdf
- 18 W Msemburi et al. The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. Nature, 14 Dezember 2022
download: www.nature.com/articles/s41586-022-05522-2.pdf
- 19 Johannes G. Schmidt (Hrsg.) Placebo – Wertvoll, wenn es dem Patienten nützt? - Methodologie einer nutzenorientierten, pragmatischen klinischen Forschung. Forschende Komplementärmed 1998;5(suppl.1. S. Karger 1998 Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney.
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/011_wiss_einsiedler_symposien/PDF_3_symposium/ganz3.pdf
- 20 Johannes G. Schmidt. Grippezeit – Zeit für Zurückhaltung. NZZ 9.1.2016
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/nzz_grippe.pdf
- 21 Praxiszentrum Meinradsberg, CH-8840 Einsiedeln. Chronische Krankheiten: Multiple Sklerose, chronische Polyarthrit, Krebs etc.
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/chronische_krankheiten/index.php
- 22 Johannes g. Schmidt. Yang-Schwäche und fehlende Kälteabwehr des Wirts – der Hauptgrund für chronische Krankheiten der modernen Zeit, Vortrag am ASA-Kongress (Association der Schweiz. Akupunkturverbände 2014, Solothurn Dez. 2014
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/ASA_Vortrag_Skriptum.pdf
- 23 Johannes g. schmidt. Chronische Krankheiten und der Wirt – Gesundheit am Beispiel von Patienten mit Multipler Sklerose MS. Schweiz Z Ganzheitsmedizin 2013; 25: 296-303.
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/SZG_MS.pdf
- 24 Johannes G. Schmidt. Zwischen Krankheit und Gesundheit – Wo können wir optimal eingreifen? Vortrag am Tag der Erfahrungsmedizin 2014, Basel 20.9.2014.
download: www.paracelsus-heute.ch/cms/praxis/team/PDF/EMR_Vortrag.pdf
- 25 Johannes G. Schmidt. TCM und CCM. Manuskript April 2020
download:<http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/TCM-und-CCM.pdf>
- 26 Johannes G. Schmidt. Gemüse gegen Fleisch, Altchinesische Ernährungslehre und Yang-mangel – eine Analyse statistischer Trugschlüsse in einer Ernährungs-«Studie».

Schweiz Z Ganzheitsmed 2011; 23: 349-355.

download:http://www.paracelsus-heute.ch/cms/literatur/PDF/SZG_Gemuese_Fleisch.pdf

27 E.Gysling, pharma-kritik;29.10.2010 bzw. Nissen SE, Wolski K. Arch Int Med 2010;170: 1191-11201.

28 Stiftung Paracelsus heute, CH-8840 Einsiedeln. Krebsvorsorge ist schädlich und birgt die Gefahr der Überdiagnose. Doch die Krebsliga betreibt fortdauernde Irreführung. Manuskript publiziert in *infosperber*, Juni 2020

<http://http://www.paracelsus-heute.ch/cms/aktuell/PDF/Krebsvorsorge-ist-schdlich.pdf>

30 Bleuler E. Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung Springer Berlin 1975