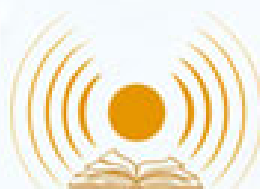
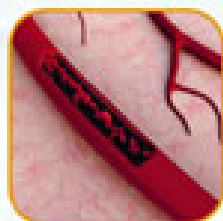


# Long/Post COVID & mRNA-Impfnebenwirkungen

Was Ärzte und Betroffene wissen müssen

Hrsg. Dr. Dirk V. Seeling

1. AUFLAGE



SOUND OF TRUTH  
PUBLISHING US



# 17

## **UNIV.-DOZ. DR. JOHN IONESCU**

Univ.-Doz. Dr. John Ionescu ist Gründer und wissenschaftlicher Leiter der Spezialklinik Neukirchen (Bayern) sowie Dozent an der Medizin-Universität „Carol Davila“ in Bukarest. Dank seiner evidenzbasierten Forschung und des daraus resultierenden erfolgreichen Diagnostik- und Therapiekonzepts ist es ihm als einem von wenigen Therapeuten gelungen, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und einigen anderen Ländern die Kosten für diese individualisierte Diagnostik und Therapie von Long-COVID- und Post-Vac-Patienten übernehmen. In den folgenden Abschnitten wird eine Systematik in diese Problematik versucht.

**„Bildung ist nicht das Auswendiglernen von Fakten, sondern das Training des Verstandes zu denken.“**

Albert Einstein

---

JOHN IONESCU

# Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie bei Long COVID/Post-Vac in der Klinik Neukirchen

Hierzulande mangelt es an einer Aus- und Weiterbildung im Bereich der integrativen Umweltmedizin bzw. des Long-COVID- und Post-Vac-Syndroms. Eine Akzeptanz in der Gesellschaft kann aber nur durch eine intensive Fortbildungsaktivität mit Unterstützung der Ärztekammern stattfinden. Da die Krankenkassen signifikante Verbesserungen bei Patienten nach drei Wochen Therapie in der Spezialklinik in den meisten Fällen erkannt haben, dotierte die Bayerische Landesärztekammer im Oktober 2023 eine erste Weiterbildung zum Thema Long COVID mit 18 Fortbildungspunkten. Die Fortsetzung der Therapie durch den Hausarzt ist wichtig, um die Verbesserung stabil zu unterhalten und weitere Fortschritte zu ermöglichen. Leider sind zu wenige Kollegen über die Diagnostik und die Therapiemöglichkeiten informiert.

Die Spezialklinik Neukirchen hat eine langjährige Erfahrung bei der Behandlung der sogenannten Umwelterkrankungen wie MCS, CFS und Fibromyalgie. Als Umweltmediziner sind wir gewohnt, mit Symptomen konfrontiert zu werden, deren Ursachen multikausal sind und zuerst genauer identifiziert werden müssen. Erfreulicherweise haben die Krankenkassen schon seit Mitte der 1990er-Jahre – nach einer intensiven Prüfung unserer wissenschaftlichen Grundlagen – die Kosten für diese Patienten übernommen.

Unsere Aufgabe besteht darin, diesen Menschen wieder zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen. Das heißt, sie richtig zu diagnostizieren, weg von der psychiatrischen Diagnose, und eine personalisierte Therapie aufgrund der festgestellten immunbiologischen, ernährungsphysiologischen und toxikologischen Störungen zur Verfügung zu stellen. Um eine solche anbieten zu können, benötigen wir zunächst eine individuelle Diagnostik der Provokationsfaktoren.

Nach Einweisung durch den Hausarzt werden alle Kosten für Diagnostik und Therapie von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen übernommen. Die Spezialklinik bietet ein breites Spektrum von Labortests an. Nur wenige IGe-Leistungen sind vom Versicherten selbst zu zahlen.

Zur Grunddiagnostik des Long-COVID- und Post-Vac-Syndroms, meistens verbunden mit CFS, gehören immunologisch relevante Marker der Infektion bzw. der systemischen Nebenwirkungen wie etwa:

### **Long-COVID-spezifische Antikörper**

- Anti-SARS-CoV-2 IgG Antikörper gegen Spike-Protein
- Anti-SARS-CoV-2 IgG Antikörper gegen Nucleokapsid
- Anti-Angiotensin-Converting Enzym 2 (ACE2)-IgG-Ak
- Frei-zirkulierende Spike-Protein

### **GPCR-Autoantikörper**

- Alpha-1 adrenerger-Rezeptor-AK
- Endothelin-Rezeptor-A ETAR-AK
- Beta1 adrenerger-Rezeptor-AK
- Beta2 adrenerger-Rezeptor-AK
- Muskarinerner Cholin-M4-Rezeptor-AK
- Angiotensin-II-Rezeptor-IgG-AK

### **Marker Herzmuskelschädigung und Gerinnung**

- CK, CK-MB
- Homocystein
- Troponin I, (NT-)proBNP
- D-Dimere, Fibrinogen

### **Stoffwechsel-Marker**

- ATP in Leukos, Laktat/Pyruvat Ratio
- Vit D2/D3 Ratio
- Reduziertes Glutathion (GSH)

### **Virale Serologie**

- HHV 1, 2, 6 - IgG, Serum
- EBV - IgG, Serum
- CMV - IgG, Serum
- VZV - IgG, Serum

### **Immunsystem Status**

- Th1 / Th2 Zytokine
- Redox-Status in Vollblut
- Gesamt-IgEs und spezifische IgEs
- spezifische IgG4 Antikörper

Was ist relevant? Diese Marker dienen als Nachweis der Erkrankung der Patienten sowie als Marker für die Therapieeffizienz. Aus der obigen Aufstellung kann man entnehmen, dass zunächst spezifische Antikörper für Long COVID untersucht werden, wie etwa die IgG-Antikörper gegen Nucleokapsid- und Spike-Proteine. Bei Long COVID stellen wir massiv erhöhte Werte dieser Antikörper fest. Dagegen zeigen Post-Vac-Patienten ohne durchgemachtes COVID die höchsten Konzentrationen von IgG-anti-Spike-Proteine-Ak sowie freie Spike-Proteine im Serum. Ebenso sind bei Long-COVID-Patienten Anti-Angiotensin-Converting Enzym 2 (ACE2) Antikörper vorhanden.

Andererseits wissen wir, dass die **Angiotensin-II-Rezeptor-I-Antikörper** das Einfallstor für das Virus zur Andockung der Spike-Proteine an unsere Körperzellen sind. Solche Autoantikörper entstehen infolge der Erkrankung und unterhalten die Kollateralschäden dieser Syndrome. Sie sollten bei der Grunddiagnose und bei der Therapieverfolgung erfasst werden.

Was zusätzlich noch bei unseren Patienten in Erwägung gezogen werden muss, sind die **nicht covidspezifischen Antikörper wie die antinukleären, die Anti-dsDNA-, Anti-HTPO- und Anti-TG-Antikörper**, beispielsweise bei Menschen mit früheren Autoimmunerkrankungen.

Wir wissen, dass eine der unerwünschten Nebenwirkungen, mit denen Long-COVID-Patienten zu uns kommen, die **Reaktivierung früherer chronischer Erkrankungen** ist, zum Beispiel einer latenten Hashimoto Thyreoiditis, Lupus, rheumatoide Arthritis oder andere Autoimmunerkrankungen, die bei einer wiederholten Impfung stark aktiviert werden. Bei diesen Patienten stellen wir massiv erhöhte Werte von spezifischem Autoantikörper fest. In den meisten Fällen können die Messgeräte die erhöhte Konzentration dieser Antikörper gar nicht mehr messen.

Die virale Serologie spielt in solchen Fällen auch eine wichtige Rolle. Denn wir haben es bei unseren Patienten nicht nur mit SARS-CoV-2-Viren zu tun, sondern in sehr vielen Fällen auch mit früheren viralen Infekten, insbesondere bei den Umweltpatienten. Dazu gehören Belastungen mit den Humanen **Herpesviren 1, 2 und 6, dem Epstein-Barr-, Varizella-Zoster- oder Cytomegalie-Virus**, also mit den klassischen Viren aus der Herpesviridae-Familie, die im Post-COVID- und Post-Vac-Syndrom massiv aktiviert werden. Deshalb ist allein die extrem hohe Präsenz dieser Antikörper ein Alarmsignal für den Therapeuten. Dieser sollte erkennen, dass **zusätzlich auch diese Viren ein Problem darstellen, das beseitigt werden muss**; die personalisierte Behandlung solcher Infekte ist unabdingbar.

Nach Aufnahme der Patienten in unserer Klinik ist es eminent wichtig, die **bleierne Müdigkeit** zu bekämpfen, die wir nicht nur bei Post-Vac und Long COVID, sondern auch bei unseren üblichen **CFS-Patienten** (Chronisches Fatigue-Syndrom) registrieren. Der Patient ist todmüde, liegt seit Monaten im Bett – zumindest betrifft das die Menschen, die zu uns kommen. Die Energetik, widergespiegelt durch die **ATP-Werte** in den Leukozyten und die **NADH-Werte** im Serum, ist signifikant erniedrigt. Um dies zu kompensieren, wird eine Supplementierung mit einem selbst entwickelten und patentierten Präparat (**CellEnergy-Kapseln**) angewandt, mit dem wir die Aktivität der **Mitochondrien** signifikant aufbauen können. Das merken die Patienten schon nach drei bis fünf Tagen. Außerdem verabreichen wir **NADH** (Nicotin-

amid-Adenin-Dinukleotid, ein wichtiges Coenzym in allen lebenden Zellen). Dabei muss die reduzierte Form verwendet werden, denn wir befinden uns hier außerhalb der Zellen in einem **Oxidosezustand**.

Weiterhin ist die sogenannte **Laktat-Pyruvat-Ratio** im Blut stark erhöht. Hier beobachten wir eine azidotische Verschiebung im **Säure-Basen-Gleichgewicht**, begleitet von einer Verschiebung der **Redoxpotenziale in Richtung einer Oxidose**. Ein chronischer Oxidosezustand außerhalb der Zelle entsteht, wenn die Sauerstoffzufuhr nicht mehr vorhanden ist und innerhalb der Zelle eine Redose sich entwickelt. Das kennen wir auch von Krebspatienten. Zudem ist bekannt, dass viele **Krebserkrankungen infolge von Long COVID oder wiederholten Impfungen aktiviert werden**. Weiterhin haben Messungen der Energieproduktion durch **ATP und Coenzym Q10** Priorität für den Status quo bei der Aufnahme und für die Therapieverfolgung.

Sehr wichtig ist auch die **Vitamin-D2- und -D3-Ratio für die Aktivierung der Vitamin-D-Rezeptoren auf den Abwehrezellen**, die beim Post-COVID- und Post-Vac-Syndrom meistens gehemmt sind. Hierzu ist auch die Messung des **reduzierten und oxidierten Glutathions** relevant.

**Entzündungsmarker** wie die **freien Radikale** werden in unserer Klinik seit mindestens 30 Jahren bei jedem Patienten untersucht. Die freien Radikale sind Marker der Entzündungsprozesse im Körper des Patienten, genauso wie entsprechende **Zytokine wie IL-1, IL-6, Tumornekrosefaktor- $\alpha$ , S-100-Hirnschranken-Protein und die SP100**. Die Messung der **SP100-Proteine** ist gerade bei Patienten mit **chronischen Schmerzen** relevant.

Als weitere Nebenwirkungen der Spike-Proteine, die sich in der Herz- und Skelettmuskulatur abspielen, gelten die relevanten Erhöhungen der **Kreatinkinase und Kreatinphosphokinase für die Myozyten der Herz- und Skelettmuskulatur** sowie der **GPCR-Autoantikörper**. Ebenfalls tritt die Erhöhung von **Troponin I und NT-ProBNP** bei Long-COVID- und Post-Vac-**Myokarditis** in Vordergrund.

Die durch Spike-Proteine aktivierte Gerinnung wird durch die **D-Dimere** und die **Fibrinogenwerte** dokumentiert. Dies wird begleitet durch Symptome wie **chronisch kalte Extremitäten**, wie die Patienten ununterbrochen klagen.

Für den Immunstatus muss erkannt werden, inwieweit eine **TH1-, TH2- oder Th17-Immunität** vorhanden ist. Wir wissen von den **Autoimmunerkrankungen**, dass einige mit einer TH1-Dominanz und andere mit einer TH2/TH17-Dominanz einhergehen. Deshalb ist die Auswertung dieser Zytokine relevant, sowohl bei der Aufnahme des Patienten zur Bestimmung seines Status quo als auch bei der Therapieverfolgung. Weiterhin kommen Messungen der gesamten und spezifischen **IgE-Werte für Soforttyp-Allergien** infrage, besonders bei Long-COVID-, Post-Vac- und CFS-Patienten. Auch dürfen Messungen der **IgG4-Antikörper** mit verschiedenen Spezifitäten wie etwa **Antikörper gegen Nahrungsmittel** – nicht außer Acht gelassen werden. Die Ergebnisse führen bei uns zu einem computergestützten **personalisierten Rotations-Diätplan**. Bei Verzicht auf bestimmte Lieblingsspeisen, die die Akti-

vierung des Komplementsystems und der Degranulation der Mastzellen im Darm (via IgG4) bewirken, erfolgt auch eine signifikante Reduzierung der Symptome, die mit einem MCAS (Mastzellenaktivierungssyndrom) einhergehen.

Im Übrigen sind die erhöhten **IgG4-Antikörper** sehr relevant auch für das Post-Vac-Syndrom, was mittlerweile in verschiedenen Studien dokumentiert wurde.

**Zelluläre Sensibilisierungen** gegen Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelzusatzstoffe können andererseits mittels eines ALCAT- bzw. LTT-Tests erfasst und die Ergebnisse ebenfalls in einem personalisierten Rotations-Diätplan berücksichtigt werden.

## **Evidenzbasierte, personalisierte Therapie des Long-COVID- und Post-Vac-Syndroms**

Basierend auf den gewonnenen Daten kann erstmalig eine evidenzbasierte, personalisierte Therapie erfolgen. Hierzu werden die folgenden Schwerpunkte berücksichtigt:

**Lokale antivirale Therapien** werden bei Bedarf durchgeführt. Bei Nasen- und Mundschleimhäuten verzeichnen wir sehr gute Erfolge mit **1,5 % Wasserstoffperoxid**, sowohl in Form von Mundspülungen als auch als Nasentropfen (dreimal täglich). Man kann als Alternative **Jodid-Kombinationen** anbieten, aber diese sind im Vergleich etwas aggressiver.

Eine **systemische antivirale Therapie** wird abhängig vom festgestellten Virusstamm (EBV, CMV, HHV, HSV) zusätzlich für drei bis vier Wochen angewandt.

Bei einer Long-COVID-Erkrankung sind grundsätzlich **Hydroxychloroquin, Artemisinin, Quercetin und L-Lysin** empfehlenswert; der Erfolg dieser Behandlungen ist verifiziert, all diese Präparate bringen eine signifikante Kontrollmöglichkeit in der Therapie des Post-COVID-Syndroms, wie wir seit über zwei Jahren feststellen konnten. Als weitere **immunmodulierende** und stabilisierende Therapie für das Immunsystem setzen wir als parenterale Gabe intravenös oder intramuskulär in erster Linie **Vitamin-C- bzw. ADEK-Präparate** ein (also die fettlöslichen Vitamine A, D, E und K). Wie schon in früheren Seminaren mitgeteilt, bewirken diese Präparate die **Aktivierung der natürlichen Killerzellen** und der **Vitamin-D3-Rezeptoren**.

Orale **Immunmodulatoren wie Arbidol oder Chaga** zeigen ebenfalls eine hervorragende Wirkung, insbesondere in der **Nachbehandlungsphase**, wo in der Regel der Patient keine Infusionen mehr bekommen kann.

Erfassen wir im Blut der Patienten eine ausgeprägte **Oxidose**, wird diese auch mit **Glutathion i. v.** bzw. **ungesättigten Omega-3-Fettsäuren** kompensiert. **Spezielle Aminosäuren wie Lysin, Taurin und Carnitin** dienen ebenfalls zu einer Besserung sowohl der Immunfunktion als auch der muskulären Leistung.

## Anti-Spike-Therapie

Da die Spike-Proteine als wichtigster pathogenetischer Faktor angesehen werden, soll eine zielgerichtete Therapie sowohl die Entfernung, die Hemmung der Bindung an den Rezeptoren als auch die Spaltung dieser Moleküle bewirken.

In der Spezialklinik Neukirchen werden hierzu folgende Hauptverfahren verwendet:

- die **Plasmapherese** zur signifikanten Reduzierung der zirkulierenden Immunkomplexe, der Autoantikörper und der **Spike-Proteine**,
- Therapien, die die Bindung der Spike-Proteine an dem ACE2-Rezeptor hemmen, wie etwa **Sartane, Bromelain u. a.**, sowie
- die langfristige Zufuhr von **Nattokinase, Serratiopeptidase bzw. Bromelain** (Protease = Sammelbegriff für proteinspaltende Enzyme) zur Spaltung der Spike-Proteine und der Blutgerinnsel.

Sowohl bei Umwelt- als auch bei Long-COVID- bzw. Post-Vac-Patienten setzen wir seit Jahren aufgrund der geschwächten Detoxfunktion und des schwachen Energiestoffwechsels **Ausleitungsverfahren** ein. Deren **Detoxsysteme**, insbesondere die **Glutathion-Transferasen M1, T1 und P1 der Phase 2**, sind entweder deletiert oder durch **heterozygote Mutationen** nicht mehr bzw. nur noch zu circa 40 % einsatzfähig. Die kontinuierliche Akkumulation von Umweltschadstoffen hat als Folge einen immer schwächeren Immunstatus dieser Patienten. Zusätzlich blockieren diese Schadstoffe die **mitochondriale Atmungskette** mit einer energetischen Krise als Folge, nachgewiesen durch die niedrigen **ATP-Werte**.

Als Ausgleich der geschwächte Detox-Phase-II wenden wir in der Spezialklinik Neukirchen regelmäßig Leberaufbaustoffe wie Mariendistelextrakte an, begleitet von Glutathion- und N-Acetylcystein-Gaben als Substrate für die Konjugierungsreaktionen mit **Pestiziden, Holzschutzmitteln, Phthalaten und Metallen**. Als spezifische Ausleitungsmittel für Metalle werden immer wieder **spezifische Chelat-Therapien** angeboten, abhängig von den **Epikutan- bzw. LTT-Testergebnissen**.

## Der Darm als „Schule“ für das Immunsystem

Die **Darmsanierung** spielt eine außerordentliche Rolle bei der Immunmodulation der Patienten. Es ist längst bekannt, dass die **Immunschulung originär im Darmtrakt stattfindet**, in den sogenannten Peyerschen Plaques (lymphoiden Strukturen als Hüllen des Intestinums, wo die zirkulierenden lymphoiden Zellen in Kontakt mit den Antigenen der Mikroflora kommen). Besonders in den ersten sechs Monaten nach der Geburt findet hier die Schulung des Immunsystems statt. Dieses Training kann negativ beeinflusst werden durch eine falsche Darmflora (z. B. nach Kaiserschnitt, Antibiotika oder Impfungen).

**Wir kennen keine Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom, Fibromyalgie, Long COVID oder Krebs, die eine normale Darmflora zeigen.** Das Mikrobiom ist in allen Fällen

erheblich gestört und kann nicht mit Interventionen wie Probiotika verändert werden, die noch nicht einmal im Darm landen, sondern im Magen durch die Magensäure zerstört werden. Deshalb können sie die pathogene Nische, die dort seit Jahren vorhanden ist, nicht korrigieren.

Jeder Patient hat eine andere Darmflora: Der eine hat einen Überschuss an Pilzen, der andere Anaerobier, der nächste pathogene Enterobakterien. Daher sollte zuerst eine **Analyse des Mikrobioms** vorgenommen werden. Danach muss eine Sanierung der pathogenen Stämme unternommen werden, seien es Pilze, pathogene Enterobakterien oder Enteroviren. Nur so können die verordneten **Probiotika** sich einnisten und eine jahrelange Dysbiose korrigieren, was ein neues Th1/Th2-Gleichgewicht ermöglichen kann.

## Fazit

Nur eine personalisierte Diagnostik, gefolgt von einer evidenzbasierten integrativen Therapie, kann sowohl bei Long-COVID- als auch bei Post-Vac-Syndrom einen dauerhaften Erfolg bzw. eine Rückkehr in das Aktivleben ermöglichen. Weitere detaillierte Angaben betreffend die Long-COVID- und Post-Vac-Therapie werden in einer anderen Publikation veröffentlicht.

## Weitere Informationen:

[www.spezialklinik-neukirchen.de](http://www.spezialklinik-neukirchen.de)

[info@spezialklinik-neukirchen.de](mailto:info@spezialklinik-neukirchen.de)

Tel.: 09947 28102

Weitere Informationen finden Sie z. B. in diesem Videointerview, das der Herausgeber mit dem Autor geführt hat: <https://rumble.com/v2bxkxu-behandlung-von-impfschden-und-long-covid-univ.-doz.-dr.-john-ionescu.html>