



Prof. Helmut Luck
Landeskrinikum Amstetten
Krankenhausstraße 21
3300 Amstetten
Österreich

Kopie per email: an
Roman Schiessler (roman.schiessler@schandor.at)
Johann Missliwetz Johann.missliwetz@yahoo.at
Ronald Weigl (Dr.Weigl@t-online.de)

Reutlingen, den **11.12.2022**

Untersuchungsnummer 85

Pathologisches Gutachten

Haider Stephan, geb. 25.10.1999 gest. 25.08.2022 im Alter von 22 Jahren

Todes- und Impfvorgeschichte

1. Impfung am 26.08.2021 mit Janssen, Lot 21C18-03, Tod 364 Tage danach
2. Impfung am 30.12.2021 mit Comirnaty Lot PCA0003, Tod 238 Tage danach

Nach den Impfungen erlebte der Verstorbene einen starken Leistungsknick im Alltag und auch als Leistungsschwimmer. Die ärztliche Diagnose einer Myokarditis mit der Prognose einer anhaltend stark reduzierten Leistungsfähigkeit hat Herrn Haider veranlasst, sich eine Schrotflinte zu kaufen, welche am 22.8.22 registriert wurde, also 3 Tage vor dem 25.08.22, als Herr Haider sich durch einen Schuß in den Mund selbst tötete.

Pathologie Amstetten: Todesursache Suizid durch Pistolenschuß

Die Zweitbegutachtung durch Burkhardt und Lang erfolgte zur pathohistologischen Verifizierung der klinisch diagnostizierten, für den Suizid den Anlass gebenden Myokarditis.



Mikroskopische Untersuchung (Burkhardt, Lang)

Lunge: Ein interstitieller Herd mit Fremdkörperriesenzellen und anthrasilikotischen Pigmentablagerungen.

Dünndarm: Ohne pathologischen Befund

Dickdarm: Ohne pathologischen Befund

Niere: Ohne pathologischen Befund

Nebenniere: Ohne pathologischen Befund

Skelettmuskulatur: Ohne Entzündung oder Atrophie, regelrechte Gefäße.

Haut: Regelrechte Epidermis. Unmittelbar subepidermal kleine Gefäße mit Endothelschwellung und perivaskulärer Infiltration. Geschwollene Endothelien, z.T. abgelöst in der Mitte liegend, lympho-plasmazelluläre Entzündung.

Lymphknoten: Mit anthrakotischem Pigment. Offenbar thorakal. Zeichen deutlich gesteigerter zellulärer und humoraler Immunreaktion.

Aorta: Tiefgelegene Medianekrose mit vereinzelt lymphozytären Infiltraten und Einblutung zwischen äußerster Media und Adventitia und Kräuselung der elastischen Fasern. Vereinzelt Endothelschwellung an den Vasa vasorum mit perivaskulärer lymphozytärer Infiltration. Keine Intimabeete.

Spike S1 IHC: Markierungen der Gefäßendothelien und der Myofibroblasten der Media.

Nukleokapsid IHC: negativ

V. cava inferior und Nebenniere: Regelrechter Aufbau der Gefäßwand. NN normal.

Koronararterie: In der Media der Koronararterie hyaline Verquellungen. Keine atherosklerotischen Plaques. Geringe lymphozytäre Entzündung der Vasa vasorum mit Endothelschwellung.

Spike S1 IHC: Deutliche Positivität von Endothelien und Myofibroblasten in den inneren, und äußeren Wandschichten. In der Media partielle Nekrose.



Nukleokapsid IHC: negativ

Leber: Ganz vereinzelt grobtropfige Verfettung, unter 5% - altersgerechter Normalbefund.

Pankreas: Herdförmig Vakuolen mit spärlich braun schwarzen stäbchenförmigen Partikeln, aber wenig im Vergleich zu anderen Pankreasschnitten von anderen nach Corona-„Impfung“ Verstorbenen.

Milz: Aktivierte Follikel. Zwiebelschalenmuster bestenfalls angedeutet.

Kleinhirn: Ohne nennenswerten Befund

Großhirn: Ohne nennenswerten Befund

Schilddrüse: Herdförmige lymphozytäre Thyreoiditis.

Herz (aufgrund der Fragestellung – Myokarditisabklärung sind alle untersuchten Mikroskopierpräparate des Herzens mit Nummer aufgeführt)

23 Herz hintere Scheidewand: Anschnitte von Koronararterien, teils regelrecht, teils mit Veränderungen (Mediadissektion etc.) wie in 14 beschrieben. Endothelitis in intramuralen Kapillaren. Keine Perikarditis. Endokardnah Bezirk mit leichter interstitieller Fibrose – Narbe eines wochen- bis monatealten Schadensereignis (Myokarditis vs Infarkt). Narbenmuster eher netzförmig interstitiell, nicht flächenhaft. Deutliche Myofibroblastenproliferation.

Spike S1 IHC: Spike Markierungen in den Endothelien der Arteriolen. Außerdem herdförmige Markierung von Myozyten. Perivaskulär einzelne stark markierte Entzündungszellen (Monozyten?).

Texturstörungen eines epikardialen kleineren Koronararterienaste mit Markierung der Myofibroblasten vor allem im Außenbereich der Gefäßwand. Kleine Venole subepikardial mit strichförmiger Markierung des Endothels.

Nukleokapsid IHC: negativ in Gefäßen und Myokard

24 Herz, re. Ventrikel: Ausgedehnte Vernarbung um einen kleinen Koronararterienast, der selbst keine Dissektion oder Polsterbildung aufweist. Perivaskuläres Narbenfeld, dass in die Muskulatur einstrahlt. – Spricht eher für einen myokarditischen als für einen ischämischen Schaden. Im Randbereich der Narbe schütteres Lymphozyteninfiltrat und Myofibroblastenaktivierung.



25 Herz, li Ventrikel: Floride Myokarditis mit teilweise dichteren interstitiellen Infiltraten aus Lymphozyten, Plasmazellen und Myofibroblastenproliferation. Vereinzelte Muskelfaseruntergänge. Subepikardialer Herd, der nicht mit einer Epikarditis einhergeht.

26 Herz, re. Ventrikel. Supepikardial umschriebender Herd mit Lymphozytenansammlung, nekrotischen Muskelfasern in der Umgebung und Myofibroblastenproliferaten.

Spike S1 IHC: Spike Markierungen in den Endothelien der Arteriolen. Außerdem herdförmige Markierung von Myozyten.

Nukleokapsid IHC: keine Markierungen

27 Myokard li. Ventrikel: Endothelien geschwollen mit perikapillären Lymphozyteninfiltraten. Minimale herdförmige lymphozytäre Infiltrate, überwiegend perivaskulär. Im übrigen kräftige Herzmuskulatur.

Interpretation: Bei dem Verstorbenen lag als Hauptbefund eine schwere teils floride, teils abgeklungene und vernarbende Myokarditis mit bestehendem akutem Schub bei Todeseintritt vor. Der Schwerpunkt der Vernarbungen lag im rechten Ventrikel.

Dabei liegt ein multifokales Geschehen im Herzmuskel vor. Als Ursache für die Vernarbung kann ein Infarktgeschehen ausgeschlossen werden: 1) Keine Koronarsklerose 2) Multifokalität 3) überwiegend lymphozytäre Infiltrate.

Deutliche Texturstörungen der Wände großer Arterien und der Aorta mit Mediaverquellung und diskreter Entzündung der Vasa vasorum. Ins Bild passt die diskrete Perivaskulitis in der Haut und ein (nur leicht ausgeprägtes) „Zwiebelschalenphänomen“ der Milzarterien.

Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit lagen zum Suizidzeitpunkt schwere Corona-Impfbedingte Organschäden vor.

Dies wird bestätigt durch den positiven Spike Nachweis in den geschädigten Organstrukturen, speziell Herzmuskel, Koronararterien und Aorta, bei negativen Befunden für die Nukleokapsid Immunhistochemie.

Prof. Dr. med. Arne Burkhardt für die Untersucher Prof. Dr. med. Arne Burkhardt und Prof. Dr. med. Walter Lang