

Die Vitamin-D-Frage

Wie Anthony Faucis politischer Rahmen die ernährungsmedizinische Prävention marginalisierte

Von Richard Z. Cheng, MD, PhD

Chefredakteur, Orthomolecular Medicine News Service (OMNS)

PRESSEMITTEILUNG

Orthomolecular Medicine News Service, 23. Februar 2026

Einleitung

„Fauci hat Vitamin D absichtlich unterdrückt“, schrieb der Arzt-Wissenschaftler Dr. Robert W. Malone in einem Substack-Kommentar aus dem Jahr 2022[1].

Malones Aussage ist seine Behauptung. Sie spiegelt seine Interpretation der Prioritäten der Bundespolitik wider und sein Verständnis davon, wie ernährungsmedizinische Prävention in die nationale Strategie eingebettet wurde.

Seine Behauptung ist schwerwiegend. Sie ist provokativ. Und sie erzwingt eine unausweichliche Frage:

Hat die US-Infektionsschutzpolitik strukturell die ernährungsmedizinische Prävention zugunsten pharmazeutischer Gegenmaßnahmen an den Rand gedrängt?

Diese Frage verdient eine Untersuchung – nicht eine Abweisung.

Vitamin D wird hier als ein klares Beispiel verwendet, doch die übergeordnete Thematik ist die **Host-Resilience-Medizin**: ein multimikronährstoff-basiertes Terrain-Konzept, das Vitamin C, Zink, Selen und andere Determinanten der Immunkompetenz einschließt. Die gesundheitspolitische Frage lautet, warum die auf den Wirt gerichtete ernährungsmedizinische Optimierung nicht als strategisch dringend während COVID-19 behandelt wurde.

Der strukturelle Aspekt

Es gibt keine öffentlich zugänglichen dokumentarischen Belege dafür, dass Dr. Fauci persönlich die Marginalisierung von Vitamin-D-Forschung angeordnet hätte. Die Frage ist daher struktureller Natur: Was wurde durch Finanzierungs- und Leitlinienrahmen priorisiert?

Diese Unterscheidung ist wichtig.

Institutionelle Prioritäten werden jedoch nicht nur durch schriftliche Verbote definiert. Sie offenbaren sich durch:

- Was finanziert wird
- Was öffentlich hervorgehoben wird
- Was beschleunigt wird
- Was als „unzureichend belegt“ eingestuft wird

Über mehr als vier Jahrzehnte hinweg priorisierte die US-Infektionsschutzpolitik – insbesondere im strategischen Rahmen des NIAID während der Amtszeit von Dr. Fauci – pharmazeutische Gegenmaßnahmen: Impfstoffe, Virostatika und pathogen-gerichtete Therapeutika.

Bemerkenswerterweise erklärte Dr. Fauci 2020 öffentlich, dass er selbst Vitamin D (und Vitamin C) einnehme und dass ein Mangel die Infektanfälligkeit beeinflussen könne – dennoch wurden diese Ansichten nicht in eine vergleichbare nationale Strategie zur Optimierung des Mikronährstoffstatus überführt.

Die auf den Wirt gerichtete ernährungsmedizinische Immunoptimierung, einschließlich Vitamin-D-Suffizienz, wurde in den Bundesleitlinien oder Finanzierungsinitiativen nicht auf eine vergleichbare strategische Bedeutungsebene gehoben.

Dies ist kein Vorwurf einer Verschwörung. **Es ist eine Kritik am Rahmen.**

Die Evidenz zu Vitamin D war früh etabliert

Mitte der 2000er-Jahre hatte die peer-reviewte Literatur bereits den Vitamin-D-Status mit der Anfälligkeit für Atemwegsinfektionen in Verbindung gebracht[2][3].

Mechanistische Forschung klärte in der Folge, dass Vitamin D[4][5]:

- antimikrobielle Peptide wie Cathelicidin und Defensine induziert
- inflammatorische Zytokinantworten moduliert
- die Integrität der epithelialen Barriere unterstützt

Während COVID-19 verstärkten mehrere Beobachtungsanalysen und klinische Studien den Zusammenhang zwischen Vitamin-D-Status und respiratorischen Verläufen[6][7]. Eine vielzitierte frühe Synthese argumentierte zudem, dass Vitamin-D-Supplementierung das Risiko von Influenza- und COVID-19-Infektionen und -Todesfällen senken könne[8].

Das Problem war nicht ein Mangel an biologischer Plausibilität, sondern der evidenzbasierte Rahmen, der für bundesstaatliche Leitlinienempfehlungen angewendet wurde.

Die Position der NIH-Leitlinien

Über weite Teile der Pandemie hinweg führten die COVID-19-Behandlungsleitlinien der National Institutes of Health (NIH) an:

„Es gibt nicht genügend Evidenz, um den Einsatz von Vitamin D zur Prävention oder Behandlung von COVID-19 zu empfehlen oder davon abzuraten.“

Diese archivierte Leitlinienseite wurde später entfernt, als die NIH ihre COVID-19-Leitlinien-Website umstrukturierten, wodurch der direkte öffentliche Zugang zur früheren offiziellen Formulierung eingeschränkt wurde.

Der Evidenzstandard, der auf Mikronährstoffinterventionen angewandt wurde, blieb konservativ. Zur selben Zeit wurden neuartige pharmazeutische Plattformen im Rahmen von Notfall-Zulassungsregelungen vorangetrieben.

Diese Asymmetrie in der Anwendung von Evidenzschwellen ist Teil der strukturellen Debatte.

Finanzierungsmuster und strategische Schwerpunkte

Öffentliche NIH-Förderdaten zeigen umfangreiche Investitionen in:

- die Entwicklung von Impfstoffplattformen
- antivirale Pharmaka
- pathogen-spezifische Gegenmaßnahmen

Es gab **keine vergleichbare nationale Mobilisierung**, um während COVID-19 die Vitamin-D-Suffizienz der Bevölkerung anzuheben. Keine koordinierte Bundesinitiative zur Optimierung des basalen Mikronährstoffstatus.

Eine institutionelle Marginalisierung erfordert kein ausdrückliches Verbot. Sie kann erfolgen durch:

- anhaltende Unterfinanzierung
- höhere Evidenzschwellen für kostengünstige präventive Maßnahmen
- eingeschränkte öffentliche Kommunikation bezüglich ernährungsmedizinischer Optimierung

Öffentlich zugängliche Finanzierungsdaten weisen auf eine erhebliche Asymmetrie in den Forschungsschwerpunkten hin.

Der Paradigmenkonflikt

Respiratorische RNA-Viren wie Influenza und SARS-CoV-2 nutzen Verwundbarkeiten des Wirts aus:

- Mikronährstoffmangel
- beeinträchtigte Integrität der epithelialen Barriere
- oxidativen Stress
- dysregulierte inflammatorische Signalwege

Der Vitamin-D-Status beeinflusst jeden dieser Bereiche. Dennoch blieb die staatliche Strategie überwiegend auf die Pathogenunterdrückung statt auf die Optimierung des Wirts ausgerichtet.

Die Behauptung von Dr. Malone findet Resonanz, weil sie eine tiefere Paradigmenklüft hervorhebt: **Pathogen-zentrierte Medizin versus Host-Resilience-Medizin.**

Dies ist die Kernfrage.

Institutionelle Marginalisierung vs. individuelle Absicht

In öffentlichen Kommentaren wurde behauptet, dass Vitamin-D-Forschung während der Amtszeit von Dr. Anthony Fauci am NIAID absichtlich marginalisiert worden sei. Es wurden jedoch keine internen Memoranden oder schriftlichen Weisungen veröffentlicht, die eine solche Absicht belegen.

Diese Unterscheidung ist wichtig.

Doch institutionelles Verhalten wird nicht ausschließlich durch explizite Verbote definiert. Es zeigt sich durch Prioritätensetzung.

Die relevanten Fragen sind daher strukturell:

Gab es dokumentierte persönliche Absicht, Vitamin-D-Forschung zu unterdrücken?

Es wurden bislang keine direkten dokumentarischen Belege öffentlich gemacht.

Haben staatliche Finanzierungsstrukturen und Leitlinienrahmen die ernährungsmedizinische Prävention marginalisiert?

Öffentliche Mittelzuweisungen und offizielle Leitliniensprache legen nahe, dass diese Frage einer ernsthaften Prüfung bedarf.

Finanzierung und Prioritäten während Faucis Amtszeit

Während Faucis Amtszeit lag die NIAID-Finanzierung und strategische Ausrichtung stark auf:

- der Entwicklung von Impfstoffplattformen
- antiviralen Pharmaka
- pathogen-gerichteten Gegenmaßnahmen

Groß angelegte, staatlich finanzierte prophylaktische Mikronährstoff-Studien waren vergleichsweise selten.

Institutionelle Marginalisierung erfordert kein schriftliches Verbot. Sie kann sich äußern als:

- anhaltende Unterfinanzierung
- höhere Evidenzschwellen für kostengünstige Präventionsmaßnahmen
- selektive Formulierungen in Leitlinien
- Unterlassen von vorsorglichen Public-Health-Empfehlungen für risikoarme Interventionen

Fragen zur Transparenz und institutionellen Anreizen

In öffentlichen Berichten wurden Lizenz- und Tantiemenzahlungen im Zusammenhang mit NIH-Schutzrechten zu COVID-19-Impfstoffen untersucht.

So gab Moderna im Jahr 2022 eine Tantiemenzahlung von 400 Millionen US-Dollar an das NIAID im Rahmen von Patentvergleichsvereinbarungen bekannt[9]. Die NIH haben öffentlich eingeräumt, dass einige Behörden-Wissenschaftler Lizenzeinkünfte erhalten, die an innerhalb der Behörde entwickelte geistige Eigentumsrechte gekoppelt sind[10][11].

Die an einzelne Wissenschaftler ausgeschütteten Beträge wurden bislang nicht vollständig öffentlich offengelegt.

Auch wenn Lizenzvereinbarungen nach Bundesrecht zulässig sind und für sich genommen kein Fehlverhalten belegen, haben Fragen zur Transparenz zu öffentlicher Besorgnis hinsichtlich institutioneller Anreizstrukturen beigetragen.

Das breitere institutionelle Ökosystem

Während die individuelle Absicht unbewiesen bleibt, ist die strukturelle Marginalisierung der auf den Wirt gerichteten ernährungsmedizinischen Prävention bei respiratorischen Ausbrüchen beobachtbar.

Dies war kein „Ein-Personen-Phänomen“; es spiegelt ein breiteres institutionelles Ökosystem aus Leitlinienkommissionen, akademischer Führung, Publikationskultur in Fachzeitschriften und Förderprioritäten wider.

Die Kosten des Unterlassens

Vitamin-D-Mangel ist weit verbreitet:

- in nördlichen Breitengraden
- in den Wintermonaten
- bei älteren Bevölkerungsgruppen

Selbst moderate Reduktionen der respiratorischen Mortalität durch eine Vitamin-D-Optimierung auf Bevölkerungsebene hätten sich in einen erheblichen Public-Health-Effekt übersetzen können.

Dennoch galt während COVID-19:

- Es gab keine koordinierte nationale Kampagne, um Serum-25(OH)D-Spiegel anzuheben
- Keine Notfall-Empfehlung zur Optimierung des basalen Vitamin-D-Status
- Keine staatliche Mobilisierung zur Behebung weit verbreiteter Mikronährstoff-Insuffizienzen

In einer Pandemie, die von Dringlichkeit geprägt war, wurde Vitamin D nie zu einer strategischen Priorität.

Dieses Unterlassen ist die gesundheitspolitische Frage, die einer sorgfältigen Bewertung bedarf.

Über Vitamin D hinaus

Weitere Mikronährstoffe mit immunologischer Relevanz umfassen:

- Vitamin C[12]
- Zink[13]
- Selen[14]

Jeder von ihnen spielt belegte Rollen in der antiviralen Abwehr und Immunregulation. Diese Maßnahmen wurden in respiratorischen Krisen nicht zu nationalen strategischen Prioritäten erhoben.

Rechenschaft und Reflexion

Anthony Fauci hatte erheblichen Einfluss auf die US-Infektionsschutzpolitik. Impfstoffe und antivirale Mittel wurden mit Nachdruck vorangetrieben.

Die strukturelle Frage lautet nicht, ob pharmazeutische Gegenmaßnahmen entwickelt wurden.

Die strukturelle Frage lautet:

Warum wurde die ernährungsbedingte Resilienz des Wirts nicht als ebenso dringlich behandelt?

Warum wurden risikoarme, biologisch plausible Interventionen konsequent als „unzureichend belegt“ eingeordnet, während neuartige pharmazeutische Technologien im Rahmen von Notfallregelungen beschleunigt wurden?

Dies sind legitime gesundheitspolitische Fragen. Sie verdienen eine transparente Bewertung.

Die orthomolekulare Perspektive

Die Orthomolekularmedizin vertritt einen grundlegenden Grundsatz:

Optimiere das biochemische Milieu des Wirts.

Vitamin-D-Suffizienz ist keine alternative Medizin. Sie ist menschliche Physiologie.

Eine zukünftige Infektionsschutzstrategie muss beide Säulen einbeziehen:

1. Unterdrücke das Pathogen
2. Stärke den Wirt

Alles andere ist unvollständige Medizin.

Literatur

- [1] Malone, R.W. (2022). Fauci intentionally suppressed vitamin D. Substack commentary. Verfügbar online (Zugriff 23. Februar 2026).
- [2] Cannell, J.J.; Vieth, R.; Umhau, J.C.; et al. (2006). Epidemic Influenza and Vitamin D. *Epidemiology and Infection*, 134(6), 1129-1140. DOI: 10.1017/S0950268806007175
- [3] Grant, W.B.; Garland, C.F. (2008). The Role of Vitamin D₃ in Preventing Infections. *Age and Ageing*, 37(1), 121-122. DOI: 10.1093/ageing/afm182
- [4] Gombart, A.F.; Pierre, A.; Maggini, S. (2020). A Review of Micronutrients and the Immune System – Working in Harmony to Reduce the Risk of Infection. *Nutrients*, 12(1), 236. DOI: 10.3390/nu12010236
- [5] Aranow, C. (2011). Vitamin D and the Immune System. *Journal of Investigative Medicine*, 59(6), 881-886. DOI: 10.2310/JIM.0b013e31821b8755
- [6] Brenner, H.; Holleczeck, B.; Schöttker, B. (2020). Vitamin D Insufficiency and Deficiency and Mortality from Respiratory Diseases in a Cohort of Older Adults: Potential for Limiting the Death Toll during and beyond the COVID-19 Pandemic? *Nutrients*, 12(8), 2488. DOI: 10.3390/nu12082488
- [7] Villasis-Keever, M.A.; López-Alarcón, M.G.; Miranda-Novales, G.; et al. (2022). Efficacy and Safety of Vitamin D Supplementation to Prevent COVID-19 in Frontline Healthcare Workers. A Randomized Clinical Trial. *Archives of Medical Research*, 53(4), 423-430. DOI: 10.1016/j.arcmed.2022.04.003
- [8] Grant, W.B.; Lahore, H.; McDonnell, S.L.; et al. (2020). Evidence That Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infections and Deaths. *Nutrients*, 12(4), 988. DOI: 10.3390/nu12040988
- [9] Moderna, Inc. (2023). Moderna Reports Fourth Quarter and Fiscal Year 2022 Financial Results. Pressemitteilung, Februar 2023. Verfügbar online: <https://feeds.issuereirect.com/news-release.html?newsid=4505017405420608&symbol=MRNA> (Zugriff 17. Februar 2026).
- [10] NIH, Office of Financial Management. Royalties. Verfügbar online: <https://ofm.od.nih.gov/Pages/Royalties.aspx> (Zugriff 17. Februar 2026).
- [11] Kaiser, J. (2023). Accusers' Bad Math: NIH Researchers Didn't Pocket \$710 Million in Royalties during Pandemic. *Science*. Verfügbar online: <https://www.science.org/content/article/bad-math-nih-researchers-didn-t-pocket-710-million-royalties-during-pandemic> (Zugriff 17. Februar 2026).
- [12] Hemilä, H. (2017). Vitamin C and Infections. *Nutrients*, 9(4), 339. DOI: 10.3390/nu9040339
- [13] Read, S.A.; Obeid, S.; Ahlenstiel, C.; et al. (2019). The Role of Zinc in Antiviral Immunity. *Advances in Nutrition*, 10(4), 696-710. DOI: 10.1093/advances/nmz013
- [14] Beck, M.A.; Nelson, H.K.; Shi, Q.; et al. (2001). Selenium Deficiency Increases the Pathology of an Influenza Virus Infection. *FASEB Journal*, 15(8), 1481-1483.
-

Über die Orthomolekulare Medizin

Die Orthomolekularmedizin verwendet sichere, wirksame ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Bekämpfung von Krankheiten. Weitere Informationen:

<http://www.orthomolecular.org>

Arzt finden:

Um einen orthomolekularmedizinischen Arzt in Ihrer Nähe zu finden:

<http://orthomolecular.org/resources/omns/v06n09.shtml>

Der peer-reviewte **Orthomolecular Medicine News Service** ist eine gemeinnützige und nicht-kommerzielle Informationsquelle.

Redaktionsbeirat

Jennifer L. Aliano, M.S., [L.Ac.](#), C.C.N. (USA)
Albert G. B. Amoa, MB.Ch.B, Ph.D. (Ghana)
Seth Ayettey, M.B., Ch.B., Ph.D. (Ghana)
Ilyès Baghli, M.D. (Algerien)
Greg Beattie, Autor (Australien)
Barry Breger, M.D. (Kanada)
Ian Brighthope, MBBS, FACNEM (Australien)
Gilbert Henri Crussol, D.M.D. (Spanien)
Carolyn Dean, M.D., N.D. (USA)
Ian Dettman, Ph.D. (Australien)
Susan R. Downs, M.D., M.P.H. (USA)
Ron Ehrlich, B.D.S. (Australien)
Hugo Galindo, M.D. (Kolumbien)
Gary S. Goldman, Ph.D. (USA)
William B. Grant, Ph.D. (USA)
Claus Hancke, MD, FACAM (Dänemark)
Patrick Holford, BSc (Vereinigtes Königreich)
Ron Hunninghake, M.D. (USA)
Bo H. Jonsson, M.D., Ph.D. (Schweden)
Dwight Kalita, Ph.D. (USA)
Felix I. D. Konotey-Ahulu, M.D., FRCP (Ghana)
Peter H. Lauda, M.D. (Österreich)
Fabrice Leu, N.D. (Schweiz)
Alan Lien, Ph.D. (Taiwan)
Homer Lim, M.D. (Philippinen)
Stuart Lindsey, Pharm.D. (USA)
Pedro Gonzalez Lombana, M.D., Ph.D. (Kolumbien)
Diana MacKay (Gifford-Jones), M.P.P. (Kanada)
Victor A. Marcial-Vega, M.D. (Puerto Rico)
Juan Manuel Martinez, M.D. (Kolumbien)
Mignonne Mary, M.D. (USA)
Dr. Aarti Midha M.D., ABAARM (Indien)
Jorge R. Miranda-Massari, Pharm.D. (Puerto Rico)
Karin Munsterhjelm-Ahumada, M.D. (Finnland)
Sarah Myhill, MB, BS (Vereinigtes Königreich)
Tahar Naili, M.D. (Algerien)
Zhiwei Ning, M.D., Ph.D. (China)
Zhiyong Peng, M.D. (China)
Pawel Pludowski, M.D. (Polen)
Isabella Akyinbah Quakyi, Ph.D. (Ghana)

Selvam Rengasamy, MBBS, FRCOG (Malaysia)
Jeffrey A. Ruterbusch, D.O. (USA)
Gert E. Schuitemaker, Ph.D. (Niederlande)
Thomas N. Seyfried, Ph.D. (USA)
Han Ping Shi, M.D., Ph.D. (China)
T.E. Gabriel Stewart, [M.B.B.CH.](#) (Irland)
Jagan Nathan Vamanan, M.D. (Indien)
Dr. Sunil Wimalawansa, M.D., Ph.D. (Sri Lanka)

Redaktionsteam

Chefredakteur: Richard Cheng, M.D., Ph.D. (USA)
Gründer & früherer Herausgeber: Andrew W. Saul, Ph.D. (USA)
Associate Editor: Robert G. Smith, Ph.D. (USA)
Assistenz-Redakteur: Michael Passwater (USA)

Redaktionsmitarbeiter:

Thomas E. Levy, M.D., J.D. (USA)
Damien Downing, M.B.B.S., M.R.S.B. (Vereinigtes Königreich)
W. Todd Penberthy, Ph.D. (USA)
Michael J. Gonzalez, N.M.D., Ph.D. (Puerto Rico)

Editoren der internationalen Ausgaben:

Japanische Ausgabe: Atsuo Yanagisawa, M.D., Ph.D. (Japan)
Chinesische Ausgabe: Richard Cheng, M.D., Ph.D. (USA)
Norwegische Ausgabe: Dag Viljen Poleszynski, Ph.D. (Norwegen)
Arabische Ausgabe: Moustafa Kamel, [R.Ph.](#), P.G.C.M (Ägypten)
Koreanische Ausgabe: Hyoungjoo Shin, M.D. (Südkorea)
Spanische Ausgabe: Sonia Rita Rial, PhD (Argentinien)
Deutsche Ausgabe: Bernhard Welker, M.D. (Deutschland)

Associate Editoren:

Arabische Ausgabe: Ayman Kamel, DVM, MBA (Ägypten)
Deutsche Ausgabe: Gerhard Dachtler, M.Eng. (Deutschland)

Technik-Redakteure:

Michael S. Stewart, B.Sc.C.S. (USA)
Robert C. Kennedy, M.S. (USA)

Juristischer Berater: Jason M. Saul, JD (USA)

Kontakt

Riordan Clinic | Orthomolecular.org
3100 N Hillside Ave
Wichita, Kansas 67219
United States

E-Mail: editor@orthomolecular.org

OMNS freut sich über Kommentare und Medienanfragen, kann jedoch nicht auf einzelne Leser-E-Mails antworten. Leserkommentare gehen in das Eigentum von OMNS über und können für Veröffentlichungen verwendet werden oder auch nicht.

Dieser Artikel darf kostenlos nachgedruckt werden, vorausgesetzt (1) es erfolgt eine klare Quellenangabe auf den Orthomolecular Medicine News Service und (2) sowohl der kostenlose OMNS-Abo-Link als auch der OMNS-Archiv-Link werden aufgenommen.