Wissenswertes zur **Corona-Impfung**

Foto: freestocks.org von Pexels

Inhalt

Ist der neue Impfstoff sicher? 4
Risiken und Nebenwirkungen 6
Ein Fachmann erklärt 8
Immunität 10
Wer sollte sich impfen lassen? 12
Wie gut kann uns eine Impfung überhaupt schützen? 13
Wie hoch ist das Risiko? 14
Die Sterbezahlen steigen 16
Schwerwiegende Nebenwirkungen 17
Wie gefährlich ist SARS-CoV-2? 20
Bedrohliche Mutationen oder harmlose Varianten? 22
„Infiziert“ – aber völlig gesund! 23
Der PCR-Test 24
Die Anzahl der Zyklen 25
Was nützen die Schnelltests? 26
Der „Inzidenzwert“ 28
Gefahren richtig einschätzen 29
Zahlen bewerten 30
2020 verlief milder als 2019 31
Welche Sterbefälle wurden gezählt? 32
Eine gefährliche Seuche? 33
Herdenimmunität 34
Mit dem Virus leben 35
Ein starkes Immunsystem 36
ANHANG – Zahlen, Daten, Fakten 37
Schlussworte 48

Soll ich mich impfen lassen?

Die Bundesregierung hat am 27.12.2020 mit einer breit angelegten Impfkampagne begonnen. Man will möglichst viele Menschen in Deutschland impfen – bis Anfang Mai 2021 waren es bereits ca. 28 Millionen.

Während viele Menschen große Hoffnung auf den neuen Impfstoff setzen, haben andere Sorgen und Zweifel in Bezug auf die Sicherheit und Zuverlässigkeit der Impfstoffe.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir deshalb sachlich und ausgewogen informieren, damit jeder Bürger die Möglichkeit für eine gut durchdachte Impfentscheidung bekommt.

Wir bedanken uns bei allen, die geholfen haben, die vorliegende Broschüre zu ermöglichen und wünschen Ihnen jetzt alles Gute, Gesundheit und Gottes Segen auf all Ihren Wegen.

Mit herzlichen Grüßen
im Namen des Herausgeber-Teams
Christian Stockmann

Mehr Exemplare bestellen über:
www.mandelzweig.org

Foto: cottonbro von Pexels

Ist der neue Impfstoff sicher?

Laut WHO befinden sich weltweit mehr als 270 Impfstoff-Kandidaten in der Entwicklung, die auf unterschiedlichen Wirkprinzipien beruhen (z.B. DNA-, mRNA- oder Vektor-Impfstoffe). Von diesen werden aktuell ca. 90 in klinischen Studien an Menschen untersucht; über 20 Impfstoff-Kandidaten befinden sich in oder kurz vor Beginn von Phase-3-Studien. Vier Impfstoffe haben mittlerweile die Notfall-Zulassung von der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) erhalten und werden aktuell in Deutschland verimpft: **1. Pfizer/BioNTech** (Ende Dezember zugelassen); **2. Moderna** (Anfang Januar zugelassen) **3. AstraZeneca** (trotz Thromboserisiko Anfang April wieder zugelassen) und **4. Johnson & Johnson**/Janssen (11. März von der EU zugelassen).

Coronavirus Impfstoffe:

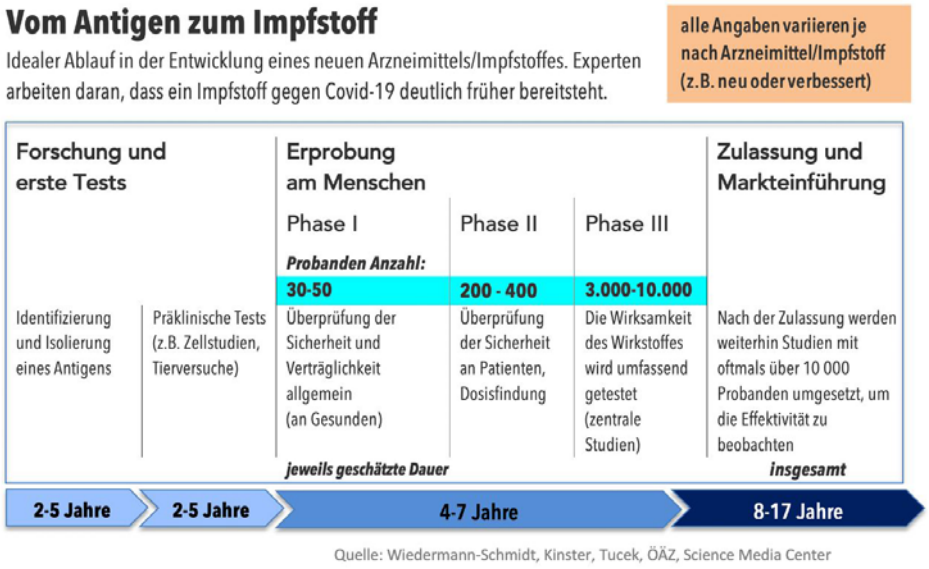
Hersteller	Firmensitz	Impfstoff	Impfstoff-Typ	Status
BioNTech / Pfizer	**Deutschland/ USA**	BNT162b2 (Comirnaty)	mRNA	**bedingte EU-Zulassung erteilt**
Moderna	**USA**	Vaccine Moderna (m-RNA-1273) Vaxzevria (ChAdOx1-S)	mRNA	**bedingte EU-Zulassung erteilt**
Oxford/ AstraZeneca	**Großbritannien/ Schweden**	ChAdOx1 (AZD1222)	Vektor	**bedingte EU-Zulassung erteilt**
Johnson & Johnson / Janssen	**USA**	Vaccine Janssen (Ad26.COV2-S)	Vektor	**bedingte EU-Zulassung erteilt**
Curevac/Bayer	**Deutschland**	CVnCoV	mRNA	**EU-Zulassung beantragt**
Gamaleja-Institut	**Russland**	Sputnik V	Vektor	**Notzulassung in Russland**
Sinova/ Sinopharm	**China**	CoronaVac	Inaktiviertes Virus	**Notzulassung in China**

Stand: Mai 2021

Ordnungsgemäß dauert die Entwicklung eines neuen Impfstoffes zwischen 8 und 17 Jahre. Nun hat man dieses gründliche Verfahren extrem verkürzt und eine „bedingte Zulassung“ ermöglicht. Aber kann ein Impfstoff bei einer derart verkürzten Schnell-Entwicklung überhaupt sicher sein? Das ist die große Frage, bei deren Beantwortung viele Wissenschaftler sehr unterschiedlicher Meinung sind, obwohl zunehmend mehr Daten beim Paul-Ehrlich-Institut vorliegen[1], die auf ein hohes Gefahrenpotential der neuartigen Impfstoffe hinweisen.

Die Bundesregierung hat dennoch folgende Mengen an Impfdosen bestellt: 100,7 Millionen von BioNTech/Pfizer – 78 Millionen von Moderna – 56,3 Millionen Dosen von AstraZeneca – 37,7 Millionen der Firma Johnson & Johnson – 24,5 Millionen von CureVac und 27,5 Millionen von Sanofi/GSK.
Bis Anfang Mai 2021 wurden in Deutschland bereits 35 Millionen Impfdosen verabreicht (Quelle: https://impfdashboard.de). Dabei sind 7,5 Millionen Menschen mittlerweile 2-fach gegen COVID-19 geimpft.

Besonders alarmierend dabei ist, dass unsere gesetzlich verbrieften Grundrechte künftig von einer Impfung und einem Impfpass abhängen sollen und man ab dem Sommer sogar Schulkinder impfen will – obwohl COVID-19 Infektionen für Kinder ungefährlich sind, während „Impfstoffe“, die nicht ausreichend geprüft wurden, ein unüberschaubares Risiko darstellen.



Quelle: Wiedermann-Schmidt, Kinster, Tucek, ÖÄZ, Science Media Center

1) https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?cms_pos=5

Risiken und Nebenwirkungen

Wenn man bedenkt, dass weltweit ein Impfstoff zum Einsatz kommt, der in nur 9 Monaten entwickelt wurde und bei dem wesentliche Daten noch fehlen, kann man sich ernsthaft die Frage stellen: Wird hier nicht eine breite Masse von Menschen zu Testzwecken mißbraucht? Dass wesentliche Daten noch fehlen, gab Virologe Prof. Stephan Becker im „heute journal“ ganz offen zu.[2]

Man begründet diese extrem beschleunigte Zulassung mit der außerordentlichen Dringlichkeit der Lage und hofft einfach, dass nicht allzu viel schiefgehen wird – aber wissen kann das niemand.

Die Aussage von Bundesforschungsministerin Anja Karliczek (CDU), der Impfstoff sei sicher und niemand müsse sich Sorgen machen, ist beim derzeitigen Wissensstand unüberlegt und fahrlässig.

Bei allen vier Impfstoffen (Pfizer, Moderna, AstraZeneca und J&J) sind die Nebenwirkungen beträchtlich, die Langzeitschäden unerforscht und *„die Dauer der Schutzwirkung des Impfstoffs ist nicht bekannt, da sie noch im Rahmen laufender klinischer Studien ermittelt wird!“*[3]

2) https://www.zdf.de/nachrichten/heute-journal/problem-nebenwirkungen-100.html
3) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_de.pdf
4) https://rumble.com/vg4inv-michael-yeadon-full-interview-planet-lockdown.html
Deutsche Übersetzung: https://www.mandelzweig.org/dr-yeadon/
5) https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html;jsessionid=25C268D880A685569CE1B3FC7D29DEB0.intranet242

„Die Langzeit-Nebenwirkungen kann naturgemäß noch niemand beurteilen.“

Dr. Michael Yeadon, der frühere Vizepräsident des US-Pharmaherstellers Pfizer, warnt in einem Interview vom 26.April 2021[4] eindringlich vor den verschiedenen Gefahren der neuartigen mRNA- & DNA-Impfstoffe.

Dr. Michael Yeadon studierte Biochemie und Toxikologie und promovierte 1988 im Fachgebiet der respiratorischen Pharmakologie. Er ist ein weltweit anerkannter Fachmann im Bereich der Pharmakologie und Impfstoff-Entwicklung mit über 30 Jahren Erfahrung. Er war 16 Jahre lang bei der Firma Pfizer beschäftigt (zuletzt bis 2011 als Vizepräsident) und war Chefwissenschaftler der Allergie- und Atemwegsforschung.

*„Ich befürworte alle Arten neuer medizinischer Behandlungen… **aber ich bin leidenschaftlich gegen unsichere Medikamente oder Medikamente, die in einem unangemessenen Kontext eingesetzt werden!“***

Offiziell werden für die verschiedenen Impfstoffe in den jeweiligen Arzneimittel-Informationsblättern[5] folgende „sehr häufigen“ Nebenwirkungen angegeben:

Nebenwirkungen	Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Janssen
Schmerzen an der Injektionsstelle	84,1 %	92 %	54,2 %	48,6 %
Müdigkeit	62,1 %	70 %	53,1 %	38,2 %
Kopfschmerzen	55,1 %	64,7 %	52,5 %	38,9 %
Muskelschmerzen	38,3 %	61,5 %	44,0 %	33,2 %
Gelenkschmerzen	23,6 %	46, 4%	26,4 %	k.A.
Schüttelfrost	31,9 %	45,4 %	31,9 %	k.A.
Fieber	14,2 %	15,5 %	33,6 %	› 9 %
Übelkeit	k.A.	23 %	21,9 %	14,2 %

Übliche Nebenwirkungen sind für einen normalen Grippeimpfstoff um ein Vielfaches niedriger. Zum Vergleich: Müdigkeit ca. 11,1 % – Kopfschmerzen ca. 9,2 % – Muskelschmerzen 11,8 % – KEIN Fieber – KEIN Schüttelfrost.

Ein Fachmann erklärt ...

Prof. Dr. Hockertz
hat als Dr. rer. nat. in Biologie an der Universität Hannover promoviert und habilitierte in den Fächern Toxikologie und Pharmakologie. 1986 bis 2001 forschte er im Bereich Toxikologie und Umweltmedizin der Fraunhofer Gesellschaft. Von 2001 bis 2004 war er Professor für Molekulare Immuntoxikologie an der Universität Hamburg.

Prof. Dr. Hockertz ist seit über 20 Jahren Fachmann im Bereich der Impfstoffentwicklung und erklärt viele teils ernüchternde Hintergründe und Fakten zum mittlerweile zugelassenen Impfstoff. Er hat selbst bei den Herstellern nachgefragt:

„Ich habe Herrn Sahin, den Geschäftsführer der BioNTech, vor kurzem selbst angeschrieben und ihn gebeten, mir die toxikologischen Daten zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis hier Menschenexperimente gemacht werden. Und ich habe bis heute (Ende September 2020) nicht mal eine Antwort erhalten.“
„Ich habe auch das Paul-Ehrlich-Institut (das deutsche Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel) mehrfach angeschrieben und immer wieder danach gefragt: Wo sind die Datensätze? Aber ich bekam keine Antwort. ***Ich muss davon ausgehen, dass gar keine Toxikologie gemacht worden ist und keine sauberen Daten vorliegen.“*** [10]

In den veröffentlichten Fachinformationen der neuen Covid-19-Impfstoffe[11] wird die Befürchtung von Herrn Prof. Hockertz bestätigt:
„Es wurden weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt.“

Das bedeutet: Es gibt keinerlei Studien, die belegen könnten, dass die neuartigen Impfstoffe nicht krebserregend oder genschädigend sind. Auch über Langzeitschäden und Spätfolgen liegen keinerlei Daten vor!

Bei empfindlichen Gruppen wie Kindern, Schwangeren oder Risikopatienten wurden die Impfstoffe bisher noch gar nicht getestet.

10) Alle Zitate stammen aus einem Interview (https://youtu.be/RJue8CKkD8M) vom Youtubekanal Punkt.PRERADOVIC
11) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf und https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_de.pdf u.a.

„Ich habe noch nie eine so große Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen für einen Impfstoff gesehen.“

Prof. E. Caumes
Leiter der Abteilung für Infektions- und Tropenkrankheiten am renommierten Krankenhaus Pitié-Salpêtrière in Paris.

Eric Caumes[12] ist schockiert über die Anzahl und die Stärke der Nebenwirkungen des COVID-19- Impfstoffs von Pfizer:

„Bei diesem Impfstoff hatten 15,8 % der 18- bis 55-Jährigen innerhalb von sieben Tagen nach der zweiten Injektion Fieber von 38°C oder höher. Die Hälfte von ihnen musste sogar Medikamente gegen Fieber oder Schmerzen einnehmen. Von allen Probanden hatten 55% Kopfschmerzen und 62,9% waren müde. Nein, das ist viel zu viel ...“ [13]
Interview vom 9.12.2020

Aktive Überwachung für COVID-19-Impfstoffe

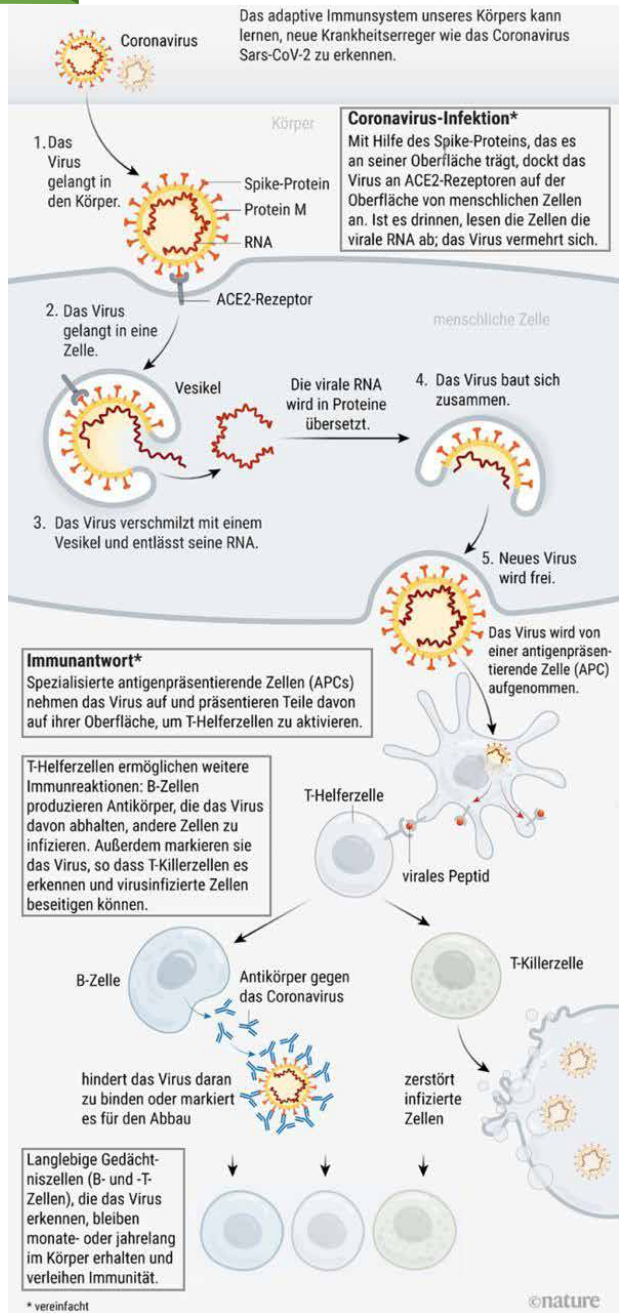
	Dez 14	Dez 15	Dez 16	Dez 17	Dez 18
Geimpfte Personen mit aufgezeichneter 1. Dosis	679	6,090	27, 823	67, 963	112, 807
Vorfälle mit Auswirkungen auf die Gesundheit**	3	50	373	1, 476	3, 150
Schwangerschaften zum Zeitpunkt der Impfung	5	29	103	286	514

** arbeitsunfähig, unfähig normale Tagesaktivitäten durchzuführen, ärztliche Betreuung war notwendig

Bis zum 18.12.2020 wurden in England über 100.000 Menschen gegen COVID-19 geimpft. Die amerikanische Behörde CDC hat am Folgetag bereits eine erste Veröffentlichung[14] hierzu publiziert. Binnen vier Tagen konnten 3.150 der geimpften Personen keine normalen Tagesaktivitäten mehr ausführen, waren unfähig zu arbeiten, benötigten ärztliche oder pflegerische Hilfe. Auch Norwegen äußert zunehmende Besorgnis über die Sicherheit des Pfizer-Impfstoffs, nachdem 29 ältere Menschen[15] mit schwerwiegenden Grunderkrankungen direkt nach der Impfung verstorben sind.

12) https://www.leparisien.fr/societe/sante/vaccin-anti-covid-de-pfizer-je-n-ai-jamais-vu-tant-d-effets-indesirables-s-inquiete-eric-cames-09-12-2020-8413376.php
13) https://www.lifesitenews.com/news/french-infectious-disease-expert-shocked-by-the-number-of-adverse-reactions-to-covid-19-vaccine
14) https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2020-12/slides-12-19/05-COVID-Clark-508.pdf
15) https://www.business-standard.com/article/current-affairs/pfizer-vaccine-worries-norway-as-29-elderly-people-die-after-taking-shot-121011700157_1.html

Immunität



Die Immunität gegen Coronaviren beruht auf zwei Säulen:
1) Antikörper
2) spezialisierte Zellen des Immunsystems, sogenannte **Helfer-Lymphozyten** und **Killer-Lymphozyten**.

Wenn ein Virus in den Körper eindringt und eine Krankheit verursacht, reagiert das Immunsystem mit der Mobilisierung dieser „Verteidigungsarmee".

Es scheint so zu sein, dass unser Körper Coronaviren *„gar nicht über Antikörper, sondern vorrangig über zytotoxische T-Zellen und Killer-Lymphozyten bekämpft, die ich mit einer Impfung gar nicht erreichen kann"*.[16]
Das heißt, man hätte hier ein immunologisches Geschehen, das eine Impfung eigentlich ausschließt.

Grafik links:
https://www.spektrum.de/news/acht-wege-zum-corona-impfstoff/1729652

16) Erklärungen dazu liefert das ergänzende Kapitel „Immunität gegen COVID-19" von Dr. Sucharit Bhakdi & Dr. Karina Reiss, welches hier als Download zur Verfügung steht: https://christen-im-widerstand.de/wp-content/uploads/2020/09/Sollte-man-sich-impfen-lassen_-gegen-CORONA.pdf

Zwei verschiedene Wirkprinzipien

WIE FUNKTIONIERT DIE **M-RNA-IMPFUNG?**

Normale Impfstoffe bestehen aus abgeschwächten oder abgetöteten Erregern, die selbst keine Infektion hervorrufen, aber dem Immunsystem die Möglichkeit geben, davon zu lernen und in uns einen Schutz gegen eine Infektion aufbauen zu können.

Bei der mRNA-Impfung wird genetisches Material (Messenger-Ribonukleinsäure) **in menschliche Zellen eingebracht.** Die Protein-Biosynthese wird verändert, sodass körpereigene Zellen ein corona-typisches Spike-Protein produzieren.

So wird unserem Immunsystem „vorgegaukelt", es handle sich hier um eine Corona-Infektion. Und eine Immunreaktion des Körpers wird ausgelöst.

Man geht momentan davon aus, dass eine mRNA-Impfung unser Erbgut (DNA) nicht verändern kann. Aber eine genspezifische toxikologische Untersuchung ist bisher nicht gemacht worden.

Detaillierte Erklärungen finden sich z.B. hier:
www.impf-info.de/die-impfungen

WIE FUNKTIONIERT DIE **VEKTOR-IMPFUNG?**

Anders als die Präparate von BioNTech/Pfizer und Moderna ist das Vakzin von AstraZeneca kein mRNA-Impfstoff, sondern ein Vektor Impfstoff.

Vektorimpfstoffe gehören auch zur Gruppe der genbasierten Impfstoffe. Diese stellen eine neue Generation von Impfstoffen dar, deren Wirkmechanismus sich klar von dem der klassischen Lebend- und Totimpfstoffe unterscheidet: Bei Vektorimpfstoffen wird Genmaterial, welches den Bauplan für die Erreger-Antigene enthält, in das Erbgut von harmlosen Trägerviren (Vektorviren) eingebracht. Diese können uns nicht krank machen, aber in menschliche Zellen eindringen und sich eventuell sogar darin vermehren. Dazu docken die Vektorviren an der Oberfläche einer Zelle an und entlassen ihre Gene – inklusive des Antigen-Bauplans – ins Innere. Daraufhin produziert die Zelle „gezwungenermaßen" das Erreger-Antigen.

Dieser Fremdstoff ruft das Immunsystem auf den Plan: Es beginnt, spezifische Antikörper sowie spezifische T-Zellen (Abwehrzellen) gegen das fremde Antigen zu produzieren. So soll der Geimpfte einen Impfschutz gegen den betreffenden Erreger aufbauen.

Wer sollte sich impfen lassen?

Impfungen sind vorbeugende Maßnahmen an gesunden Menschen. Sie müssen daher grundsätzlich höheren Anforderungen an Wirksamkeit und Sicherheit genügen als z. B. therapeutische Medikamente, bei denen ein bestehender Leidensdruck unter Umständen gewisse Behandlungsrisiken rechtfertigen kann.[17]

Das Robert-Koch-Institut rät gesunden Menschen unter 60 Jahren nicht zu einer Grippe-Impfung, denn in der Regel haben diese Menschen ohnehin einen nur milden Krankheitsverlauf.

Warum wird eine Impfung gegen Influenza nicht empfohlen?
Eine Influenza-Erkrankung bei gesunden Kindern oder bei Erwachsenen unter 60 Jahren verläuft in der Regel ohne schwerwiegende Komplikationen. Auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie spricht die STIKO (Ständige Impfkommission) **keine** generelle Impfempfehlung aus.[18]

Deshalb muß man sehr genau zwischen dem Risiko der jeweiligen Krankheit und dem Risiko eventueller Impfschäden und Nebenwirkungen abwägen![18]

Wer mit einem milden Verlauf der Krankheit rechnen kann, für den ist eine Impfung im Prinzip nicht zu empfehlen.

Das RKI räumte ein, dass es für eine Wirksamkeit der Impfung bei alten Menschen nur eine sehr geringe Evidenz gibt.[19]

Außerdem muß man beachten:
Je älter und schwächer ein Mensch ist, desto gefährlicher können auch die Nebenwirkungen der Impfung für diese Person werden.

17) https://www.individuelle-impfentscheidung.de/pdfs/Positionspapier_COVID19_aktuell.pdf
18) https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ15.html
19) www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile

Wie gut kann mich eine Impfung überhaupt schützen?

Die Entwicklung von Impfstoffen gegen gefürchtete Krankheiten wie Pocken, Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis war ein wichtiger Wendepunkt in der Geschichte der Medizin. Impfungen retten Menschenleben, allerdings funktionieren sie nicht für alle Erkrankungen und sind auch nicht immer sinnvoll.

- Die Pharmakonzerne versprechen für die neuen mRNA-Impfstoffe eine eher unrealistisch hohe Wirksamkeit von 94 oder 95 Prozent. Es handelt sich dabei jedoch nur um einen relativen Wert, der auf einer sehr geringen Datenlage beruht und von vielen Fachleuten angezweifelt wird.
- Zum Vergleich: Die Effektivität der Grippeimpfung betrug laut Robert-Koch-Institut in der Influenza-Saison 2018/2019 gerade mal 21 Prozent, das heißt die Impfung schützte nur etwa jede fünfte Person.[20] Bei einer Grippe-Impfung gilt schon eine Schutzwirkung von 50 Prozent als großer Erfolg.
- Die BioNTech/Pfizer-Studie wurde an 2 Gruppen mit jeweils 18.198[21] Probanden durchgeführt. Nach der zweiten Impf-Dosis traten 8 COVID-19-Fälle in der Impfgruppe und 162 Fälle in der Placebo-Gruppe auf.[22] Aus diesen beiden minimalistischen Zahlen leitet man die Impfschutzprognose für Millionen von Menschen ab.
- *„Wie lange der Impfschutz anhält und ob geimpfte Personen das Virus weiter verbreiten können, ist derzeit noch nicht bekannt.“*[23]

Auch wer geimpft ist, kann immer noch für andere Menschen ansteckend sein und muss laut RKI die AHA-Regeln weiter beachten![23]

20) Quelle: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119166/SARS-CoV-2-Impfstoff-von-Biontech-Pfizer-erzielt-schon-frueh-Schutzwirkung-FDA-hat-keine-Sicherheitsbedenken
22) https://www.fda.gov/media/144245/download
23) Zitat vom RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Downloads-COVID-19-Vektorimpfstoff/Aufklaerungsbogen-de.pdf?__blob=publicationFile

Wie hoch ist das Risiko?

Prof. Hockertz warnt:

> *„Wenn wir von einer realistischen Rate von etwa 5 Prozent Impfschäden ausgehen, dann sind das (bei 83 Millionen Einwohnern) 4 Millionen Menschen, die einen Schaden erleiden werden.“ … „Bei einem schlecht entwickelten Impfstoff (wie dem aktuellen Corona-mRNA-Impfstoff) müssen wir damit rechnen, dass sogar 0,1 Prozent der Geimpften versterben werden. Das sind 80.000 Menschen! Eine Stadt wie Bamberg oder Konstanz, die komplett ausgelöscht wird, weil nicht „state of the art“ – nach allen Regeln der Kunst – entwickelt wird.“*[10]

Mittlerweile wurden dem Paul-Ehrlich-Institut 63 Fälle einer Hirn-/Sinusvenenthrombose nach Impfung mit AstraZeneca gemeldet und 12 Fälle nach Impfung mit dem Pfizer-Impfstoff. Von den 75 betroffenen Personen sind in Deutschland bereits **15 Menschen gestorben**.[24]

Thrombosen, Herzinfarkte und Hirnblutungen sind nach allen vier Impfstoffen möglich. Das Paul-Ehrlich-Institut wies auf die Gefahr einer Hirnvenenthrombose durch den AstraZeneca-Impfstoff hin.[25]

Dänemark hat wegen der Gefahr von Blutgerinnseln sowohl den Impfstoff von AstraZeneca als auch den von Janssen aus dem Impfprogramm gestrichen. Die dänische Gesundheitsbehörde ist **„zu dem Schluss gekommen, dass die Vorteile der Impfstoffe das Risiko NICHT überwiegen.“** [26]

Auch aus ethischen Gründen ist gerade der AstraZeneca Impfstoff sehr bedenklich. Gibt doch der Hersteller auf dem Beipackzettel an: „Hergestellt in genetisch veränderten, humanen embryonalen Nieren 293-Zellen (HEK, human embryonic kidney) und durch rekombinante DNA-Technologie“.[27] D.h. hier wurde die HEK-293 Zellinie verwendet, die aus der Niere eines 1973 abgetriebenen gesunden Fötus stammt.

1. Ob man sich persönlich impfen lassen sollte, hängt von einem Nutzen-Kosten-Vergleich ab.

2. Der Nutzen einer Impfung besteht in der **absoluten** Risikominderung. Die Kosten liegen in den Nebenwirkungen.

3. Der Kosten-Nutzen-Vergleich muss denselben Zeitraum und Schäden desselben Schweregrads betreffen.

4. Senkt eine Impfung das absolute Risiko einer schweren Erkrankung innerhalb von x Monaten um 0,03 Prozent und treten in diesem Zeitraum schwere Nebenwirkungen in 0,5 Prozent der Fälle auf, sollte man lieber verzichten.

5. Das Risiko einer schweren Erkrankung ist bei Älteren höher, die Impfwirkung meist geringer und die Gefahr schwerer Nebenwirkungen wiederum höher.

6. Darüber hinaus muss das individuelle Risiko berücksichtigt werden, das den persönlichen Gesundheitszustand und bestehende Vorerkrankungen mit einbezieht.

7. Studien, die solide Nutzen-Kosten-Vergleiche zulassen, dauern oft 10 bis 20 Jahre. Für die mRNA-Impfung gibt es keine verlässlichen Daten. An den Studien in Brasilien und andernorts nahmen vornehmlich jüngere Testpersonen teil.

Punkt 1.– 5. & 7. übernommen von Prof. Dr. Stefan Homburg

Für gesunde Menschen unter 70 Jahren ist das Risiko für bleibende Impfschäden um ein Vielfaches höher als die Covid-19-Erkrankung selbst.

24) https://www.pei.de/DE/service/presse/aktuelles/aktuelles-inhalt.html
25) https://2020news.de/thrombosen-herzinfarkte-und-hirnblutungen-sind-nach-allen-impfstoffen-moeglich/
26) https://www.tagesschau.de/ausland/europa/johnson-corona-daenemark-101.html
27) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_de.pdf

Die Sterbezahlen steigen

Trotz umfassender Schutzimpfungen ist die Anzahl an Todesfälle unter Senioren seit 27.12.2020 in vielen deutschen Landkreisen dramatisch angestiegen. Warum?

Seit Beginn der bundesweiten Impfkampagne gibt es nachweisbare statistische Auffälligkeiten bei den COVID-19-Sterbezahlen in der Gruppe der über 80-Jährigen. Dies hat der Programmierer Martin Adam mithilfe eines eigenhändig geschriebenen Datenerfassungsprogramms statistisch sehr genau belegt.[28] Dabei werden alle Daten direkt von der Webseite des RKI ausgelesen und in einer Sonderauswertung für die Altersgruppe der über 80-Jährigen (die bundesweit zuerst geimpft wurden) zusammengefasst.

Die Ergebnisse sind besorgniserregend und signifikant:
Verglichen mit den 2 Monaten (Nov/Dez) vor dem Start der Impfkampagne ist die Zahl der Corona-Toten in den darauffolgenden 2 Monaten (Jan/Feb) in vielen Landkreisen in dieser Altersgruppe dramatisch angestiegen. Eindrückliche Grafik dazu im Anhang (S. 46)

Von insgesamt 412 Landkreisen (in ganz Deutschland) hat sich die COVID-Sterberate der über 80-Jährigen (laut RKI) nach Beginn der Impfungen für denselben Zeitraum in 200 Landkreisen mindestens verdoppelt. In 88 Landkreisen ist sie wenigstens viermal höher, davon in 48 Landkreisen sogar sechs- und in 22 Landkreisen sogar mindestens zehnmal höher als noch in den 2 Monaten vor der Impfung. Und das, obwohl die Impfung eigentlich schützen sollte ...?

Ein direkter Zusammenhang zwischen den Impfungen in Seniorenheimen und der Zunahme der Todesfälle ist sehr wahrscheinlich.

28) Daten: Robert-Koch-Institut | Zusammenstellung: Martin Adam – siehe http://ich.bingenervt.de
29) https://corona-blog.net/tote-im-zusammenhang-mit-der-covid-impfung/
30) https://ourworldindata.org/
Grafik: Thorsten Wiethölter - https://coronakrise-blog.jimdofree.com/start/12-02-2021-ist-die-wirkung-der-impfung-messbar/

Auf der Webseite corona-blog.net wurden bereits über 272 Zeitungsartikel aus Deutschland gesammelt (Stand11.05.2021)[29], die Nachrichten über unerwartete Todesfälle in Zusammenhang mit der Impfung enthalten.

Es ist möglich, dass eine COVID-19-Impfung ein positives PCR-Ergebnis nach sich zieht, sodass Menschen, die nach der Impfung schwer erkranken oder sterben, fälschlicherweise in die COVID-Statistik aufgenommen werden, obwohl es sich um Impfschäden handelt.

In den Ländern, in denen die Impfungen früh begonnen haben und umfangreich durchgeführt wurden, sind zum Teil sowohl die Fallzahlen als auch die Todesfälle massiv angestiegen. Beobachtet wurde das neben Israel unter anderem in Großbritannien, Malta, Serbien, Monaco oder Gibraltar.[30]
Es ist anscheinend so: Der größte Zuwachs an Covid-Toten findet sich ausgerechnet in den Ländern, die bereits mehr als 10% der Bevölkerung geimpft haben. Die Zahl der Toten ist dort um 44% angestiegen. Diese Zusammenhänge müssen dringend untersucht werden.

Schwerwiegende Nebenwirkungen

ISRAEL
Gemäß einer Studie von Dr. Hervé Seligmann[31], Senior Researcher an der medizinischen Fakultät der Universität Aix-Marseille, und von Haim Yativ ist die Wahrscheinlichkeit, nach einer Gen-Impfung von Pfizer/BioNTech zu sterben, **40mal** höher als an Covid-19. Dies gilt für über 65-Jährige. Bei Menschen unter 65 Jahren ist das Sterberisiko nach Impfung sogar **260mal** größer.

„Die Ergebnisse sind auf allen Ebenen katastrophal, es hat noch nie einen Impfstoff gegeben, der so viele Menschen geschädigt hat“[32], lautet das Fazit des Israeli People's Committee (IPC), das Ende April seinen Bericht über die Nebenwirkungen des Impfstoffs veröffentlicht hat. Die wichtigsten Erkenntnisse des

31) https://corona-transition.org/geimpfte-in-israel-haben-eine-40-mal-hohere-mortalitat-als-ungeimpfte
32) Hier ist der auf Hebräisch erschienene, 25 Seiten umfassende Bericht des IPC zusammengefasst und ins Englische übersetzt: http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?p=276514

IPC sind verstörend: „Wir erhielten 288 Todesmeldungen[33] in zeitlicher Nähe zur Impfung (90 Prozent bis zu zehn Tage nach der Impfung). Das israelische Gesundheitsministerium hingegen sprach von nur 45 impfstoffbedingten Todesfällen. Tatsächlich waren Januar und Februar 2021 für Israel die tödlichsten Monate des letzten Jahrzehnts, mit der höchsten Gesamtsterblichkeitsrate.“[34]

EUROPA:
Bis zum 1.05.2021 wurden der European Medicines Agency[35] (EMA) über 384.178 Verdachtsfälle von Impfschäden nach einer Covid-19-Impfung gemeldet. 6.271 wurden als Todesfälle registriert.[36]

USA:
In den Jahren 2000 bis 2020 wurden der CDC bzw. dem Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)[37] jeweils zwischen 44 und 184 Todesfälle nach Impfung gemeldet, im Durchschnitt 117 pro Jahr. Allein in diesem Jahr wurden dagegen in den ersten zwei Monaten bereits **992 Todesfälle nach einer Impfung** gemeldet. Rechnet man diese Zahl hoch auf den Wert, der bei gleichbleibender Todeshäufigkeit bis Jahresende zu erwarten ist, erhält man die erschreckende Zahl von 5952 Todesfällen «nach» Impfung, d.h. das 51-Fache des bisherigen Wertes[38].

JAPAN:
Bis dato (Stand 04. Mai 2021) sind in Japan nur weniger als 1% (!) der Bevölkerung gegen Corona geimpft worden. Nach einer Studie von *The Lancet* haben die Japaner das geringste Vertrauen in Impfungen – zugleich aber mit die gesündeste Bevölkerung der Welt.

Statistisch gesehen, müssen wir mit ca. 11.000 Todesmeldungen im Zusammenhang mit den Impfungen rechnen,[41] da rund 2,83 Menschen pro 100.000 Impfungen sterben und dies auf die 410 Millionen Impfdosen hochgerechnet werden muß, die insgesamt in Deutschland verabreicht werden sollen.

33) https://4a1b9d73-4c47-4f3b-bb08-e515be8958ca.filesusr.com/ugd/3db409_3797613566a14bf29a3479b6b2fe0753.pdf
34) https://reitschuster.de/post/impfkampagne-in-israel-katastrophale-ergebnisse-auf-allen-ebenen/
35) http://www.adrreports.eu/en/search_subst.html#
36) https://www.blautopf.net/index.php/politik/politik-corona/item/198-ema-datenbank-gemeldete-todesfaelle-und-nebenwirkungen-nach-impfung
37) https://www.cdc.gov/vaccinesafety/ensuringsafety/monitoring/vaers/access-VAERS-data.html
38) https://corona-transition.org/die-todesfalle-nach-impfung-sind-in-den-usa-seit-jahresbeginn-um-das
39) Detaillierter Bericht in der «Datenbank mit Verdachtsfällen von Impfkomplikationen» (DB-UAW) http://52625146fm.pei.de/fmi/webd/#UAWDB
40) https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/sicherheitsberichte/9-berichtszeitraum-27-12-bis-30-04.html;jsessionid=E58185DF43EE-9ADFC04C108592CC21C6.intranet221
41) https://corona-transition.org/wie-gefahrlich-sind-die-neuen-covid-19-impfungen-wirklich

DEUTSCHLAND:
Im Lauf von 20 Jahren (bis Ende 2020) wurden dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) insgesamt 54.488 Verdachtsfälle[39] auf Impfkomplikationen und davon 456 Todesfälle für alle ca. 771 Millionen verabreichten Impfungen (wie Diphterie, Influenza, Masern, Mumps, Keuchhusten, Polio etc.) gemeldet.

Im neuen Sicherheitsbericht[40] des PEI für die bedingt zugelassenen COVID-19-Impfstoffe werden aktuell (vom 1. Januar bis zum 30. April 2021) bereits **49.961 Verdachtsfälle** auf Impfkomplikationen und **524 Todesfälle** im Zusammenhang mit der Impfung gemeldet. Und das bei „nur“ 28,7 Millionen durchgeführten Impfungen. In Deutschland ist die Zahl der dem PEI gemeldeten Verdachtsfälle innerhalb eines Monats von **31.149** (Stand 2.4.2021) auf **49.961** Verdachtsfälle (Stand 30.4.2021) gestiegen, die Zahl der Toten von 407 auf 524!

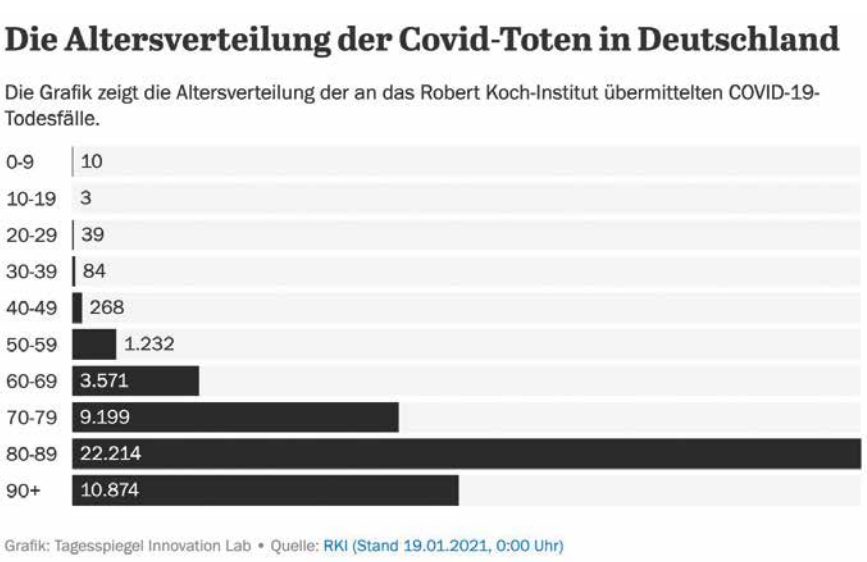
Bei den neuen Covid-19-„Impfstoffen“ zeigen sich im Vergleich zu allen früheren Impfungen der letzten 20 Jahre stark erhöhte Nebenwirkungen.
Pro 100.000 Impfungen stieg die Anzahl der Nebenwirkungen jeweils von 7 auf 217 (um den Faktor 31), die Anzahl der schwerwiegenden Nebenwirkungen von 3,2 auf 23,9 (Faktor 7,5) und die der Todesfälle von 0,06 auf 2,83 (d.h. um den Faktor 47).

Schwere Nebenwirkungen & Todesfälle	Alle Covid-Impfungen bis 2.04.21	Pfizer	Astra-Zeneca	Moderna	k.A	Impfungen der letzten 20 Jahre ohne Covid
Impfungen in Deutschland	**14.381.068**	**10.722.876**	**2.945.125**	**713.067**		**771.000.000**
gemeldete Nebenwirkungen	31.149	12.409	17.170	1.139	431	54.488
Davon schwerwiegend	3.436	1.832	1.375	107	122	24.438
Davon Todesfälle	407	321	19	7	60	456
Nebenwirkungen je 100.000 Impfungen	217	116	583	160		7
Schwerwiegende je 100.000	23,9	17,1	46,7	15		3,2
Todesfälle je 100.000	2,83	2,99	0,65	0,98		0,06

Die Tabelle beruht auf den Zahlen vom 2.4.2021, veröffentlicht im PEI-Sicherheitsbericht «Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19» [41]

Wie gefährlich ist SARS-CoV-2?

Darüber weiß man heute wesentlich mehr als Anfang März 2020. Die WHO veröffentlichte im Oktober 2020 eine Studie von Prof. John Ioannidis[42], die belegt, dass die durchschnittliche Sterblichkeitsrate von COVID-19 bei 0,27 Prozent und damit im Bereich einer mittelschweren Grippe liegt. Die folgende Grafik zeigt: Je jünger ein Mensch ist, desto ungefährlicher ist das Virus für ihn.



87 Prozent aller COVID-19-Todesfälle (d.h. mit positivem PCR-Test Verstorbene) sind 70 Jahre oder älter, das heißt, nur 13 Prozent aller Verstorbenen waren unter 70 Jahre alt. Der Altersmedian der Verstorbenen liegt insgesamt bei 83 Jahren. Gefährlich ist SARS-CoV-2 also vor allem für Menschen über 80 Jahre.

Für Kinder und Jugendliche ist COVID-19 dagegen erstaunlich ungefährlich. Nach offiziellen Angaben starben in Deutschland 13 von insgesamt 16 Millionen Kindern und Jugendlichen „mit einem positven PCR-Testergebnis“.
Die anderen Todesfälle sind bisher nicht validiert. Das Sterbe-Risiko liegt für Kinder bei unter 1 zu 1 Million (0,0001%) und ist damit gleich null.

Tabelle 4: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 47.494 Todesfälle; 19.01.2021, 0:00 Uhr.

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
männlich	4	3	25	55	178	883	2502	5.962	11.292	3692
weiblich	6		14	29	90	349	1069	3237	10.922	7.182
gesamt	10	3	39	84	268	1232	3571	9.199	22.214	10.874

* 4 Fälle unter den unter 20-Jährigen werden derzeit noch validiert.

Diese Tabelle veranschaulicht, dass für Menschen unter 50 Jahren die Wahrscheinlichkeit einer Corona-Erkrankung mit tödlichem Verlauf verschwindend gering ist.

Originalabschnitt aus der WHO-Studie von Prof. John Ioannidis:

> **Results** I included 61 studies (74 estimates) and eight preliminary national estimates. Seroprevalence estimates ranged from 0.02% to 53.40%. Infection fatality rates ranged from 0.00% to 1.63%, corrected values from 0.00% to 1.54%. Across 51 locations, the median COVID-19 infection fatality rate was 0.27% (corrected 0.23%): the rate was 0.09% in locations with COVID-19 population mortality rates less than the global average (< 118 deaths/million), 0.20% in locations with 118–500 COVID-19 deaths/million people and 0.57% in locations with > 500 COVID-19 deaths/million people. In people < 70 years, infection fatality rates ranged from 0.00% to 0.31% with crude and corrected medians of 0.05%.
>
> **Conclusion** The infection fatality rate of COVID-19 can vary substantially across different locations and this may reflect differences in population age structure and case-mix of infected and deceased patients and other factors. The inferred infection fatality rates tended to be much lower than estimates made earlier in the pandemic.

42) Diese Studie finden Sie auf der WHO Webseite: https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf

Bedrohliche Mutationen oder harmlose Varianten?

SARS-CoV-2 ist ein vergleichsweise großes Virus[43] mit ungefähr 30.000 RNA-Basen (10.000 Aminosäuren). Derzeit ist der größte Unterschied zwischen einer „mutierten Variante“ und der ursprünglichen Wuhan-Sequenz auf 26 Nukleotid-Mutationen beschränkt[44]. Die verschiedenen Virus-Varianten (wie z.B. B.1.1.7) haben Veränderungen in weniger als 0,3% der gesamten Virussequenz, sie sind der ursprünglichen Wuhan-Sequenz zu 99,7% ähnlich.[45]

Die Immunantwort auf eine Covid-19- Infektion läuft primär nicht über Antikörper, sondern zellulär über zytotoxische Lymphozyten ab, die das Virus in Hunderte von einzigartigen kurzen Stücken zerlegen.

Wissenschaftler vom *La Jolla Institute for Immunology* in Kalifornien konnten nachweisen[46], dass mindestens 30 bis 40 unterschiedliche Merkmale des Virus von unserem Immunsystem erkannt werden.
Jeder Mensch besitzt eine enorme Vielfalt an T-Zellen, die in der Lage sind, einzigartige Stückchen des Virus als Eindringling zu erkennen. Die passenden T-Zellen können sich dann so stark vermehren, bis wir Hunderte Millionen jedes T-Zelltyps gegen mehrere Dutzend verschiedene Stücke des Virus haben.
Wenn uns dann eine andere Virus-Variante infiziert, sind immer noch 99,7% der restlichen Virussequenz unverändert, und fast jeder trainierte T-Zelltyp findet und tötet immer noch die Zellen, auf die er trainiert wurde, sodass es für die Virus-Varianten praktisch kein Entkommen gibt.[47]

Unser Immunsystem umfasst viele unterschiedliche – auch als Leukozyten bezeichnete – Zellen, die spezifische Aufgaben erfüllen: Makrophagen und Killerzellen zirkulieren im Blut und zerstören Keime und Erreger direkt, z.B. mittels chemischer Botenstoffe. B-Lymphozyten produzieren Antikörper, die, einmal ins But abgegeben, den Eindringling attackieren. T-Zellen helfen bei der Unterscheidung körperfremder und -eigener Bestandteile und können die Antikörperproduktion auslösen. Sie bilden unter anderem auch Gedächtniszellen, die helfen, den Erreger bei einer erneuten Infektion schneller abwehren können.

Quelle:
Bundesministerium für Bildung und Forschung

43) “SARS-CoV-2 (COVID-19) by the numbers” by Y.Bar-On, A.Flamholz, R.Phillips, R.Milo – eLife – April 2nd 2020 download hier: https://elifesciences.org/articles/57309v1
44) https://corona-transition.org/mussen-uns-die-varianten-sorge-bereiten
45) https://www.nature.com/articles/s41467-020-19818-2
46) https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00015-X#%20
47) https://corona-transition.org/mussen-uns-die-varianten-sorge-bereiten

„Infiziert“ – aber völlig gesund!

Dreh- und Angelpunkt für die Bewertung der epidemischen Lage wurde der PCR-Test! Ein Labortest, der nicht zur Diagnose einer Krankheit geeignet ist.
Seit März 2020 werden wir täglich mit den neuesten Fallzahlen bombardiert. Positiv-Getestete gelten seither als „Neuinfizierte“ und werden häufig sogar mit „Erkrankten“ gleichgesetzt. Das ist medizinisch nicht korrekt und eine für unsere Gesellschaft fatale Umdeutung des Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriffes. Ein positiver PCR-Test weist noch lange keine Infektion nach, und auch wer infiziert ist, muss noch lange nicht krank sein. Gesunde heißen heutzutage „asymptomatisch Infizierte“.

Für die Annahme der asymptomatischen Verbreitung von Sars-Cov-2 gibt es keine echten wissenschaftlichen Belege. Mehrere Studien[48] (aus Wuhan und Florida) haben jüngst das Gegenteil belegt. Selbst Dr. Fauci betonte bis vor wenigen Jahren noch, dass asymptomatische Personen niemals die treibende Kraft bei der Ausbreitung von Infektions-Krankheiten sind.

Der gesunde Menschenverstand lehrt uns:

- Wer keinerlei Krankheitssymptome entwickelt und sich völlig gesund fühlt, der ist auch gesund! Dessen Immunantwort auf das Virus ist offensichtlich so souverän, dass in kürzester Zeit alle gefährlichen Viren ausgeschaltet werden.
- Wer in kürzester Zeit alle vermehrungsfähigen Viren ausschaltet, kann auch nicht ansteckend sein, weil das Immunssystem ja alle Viren abgetötet hat.
- Je geringer die Zahl von vermehrungsfähigen Viren in einer Person ist, desto geringer auch das Infektionsrisiko, welches von dieser Person ausgeht.
- Nur von Menschen, die eine große Menge vermehrungsfähiger Viren in sich tragen, geht eine Ansteckungsgefahr aus.
- Wenn sich das Virus im Körper stark vermehrt, wird das Immunsystem alarmiert und aktiviert.
- Ein solcher Mensch wird krank und entwickelt grundsätzlich auch Symptome.
- Daran erkennt man, dass diese Person ansteckend ist.

48) https://rationalground.com/university-of-florida-researchers-find-no-asymptomatic-or-presymptomatic-spread/
https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/138997/Neue-Wuhan-Studie-Asymptomatische-uebertragen-Corona-nicht
Interview Dr. Mike Yeadon: https://rumble.com/vg4inv-michael-yeadon-full-interview-planet-lockdown.html

Der PCR Test

Das Verfahren der PCR (Polymerase-Chain-Reaction) wurde im Jahr 1983 vom US-amerikanischen Biochemiker Kary B. Mullis entwickelt und basiert im Wesentlichen auf zwei Prinzipien:[49]

1. **Vervielfachung** („Amplifizierung“) eines kleinen Teiles des Erbgutes (DNA bzw. RNA) sowie …
2. **Detektion** und **Identifikation** der Produkte der Amplifizierung.

Der Erfinder der PCR-Methode Dr. Kary Mullis sagte selbst: „Mit PCR kann man so ziemlich alles in jedem finden“[50]

Kary B. Mullis (1944 bis 2019)

„Dieser Test weist jedoch keine Infektionen nach, dieser Test weist auch keine vermehrungsfähigen Viren nach. Er weist nur ein Gen-Schnipselchen nach und sagt nichts darüber aus, ob ein Mensch infektiös ist.“ **Stefan Hockertz**

Prof. Dr. Christian Drosten sagte über den PCR-Test im Jahr 2014 im Zusammenhang mit der MERS-Infektionswelle: „Die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein MERS-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten.“[51]

Christian Drosten

Die Polymerase-Kettenreaktion ist eine Methode, um sogar eine extrem geringe Menge einer bestimmten Erbsubstanz exponentiell so stark zu vervielfältigen, dass sie nachweisbar wird. Dazu wird das Enzym DNA-Polymerase verwendet. Die Bezeichnung Kettenreaktion bedeutet, dass das Produkt des vorherigen Zyklus jeweils als Ausgangsstoff für den nächsten Zyklus dient und somit eine exponentielle Vervielfältigung ermöglicht wird.

49) https://www.yourgenome.org/facts/what-is-pcr-polymerase-chain-reaction
50) https://twitter.com/robinmonotti/status/1326933369222029312
51) https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-die-who-kann-nur-empfehlungen-aussprechen/9903228-2.html

Die Anzahl der Zyklen

Der Ct-Wert (cycle-threshold = die Anzahl der Vervielfältigungen) ist der entscheidende Wert für das Resultat des PCR-Tests. Je geringer die Menge der gesuchten DNA-Sequenz ist, desto mehr Vervielfältigungszyklen werden benötigt, um diese sichtbar zu machen.

EINIGE FAKTEN ZUM CORONA-PCR-TEST:

1. Bei positiven PCR-Tests mit **25 Vermehrungszyklen** kann man noch in **70 bis 80 Prozent** aller Proben tatsächlich ein vermehrungsfähiges Virus entdecken. Pro Zyklus nimmt allerdings die Chance, vermehrungsfähige Viren zu entdecken, deutlich ab.[52]
2. Bei **35 Zyklen** läßt sich nur noch in **3 bis 8 Prozent aller Proben ein vermehrungsfähiges Virus** finden.[53]
3. Der ursprünglich von **Prof. Drosten** entwickelte Test arbeitet mit einer Zahl von **45 Zyklen**, was extrem sensitiv,[54] um nicht zu sagen, fahrlässig sensitiv ist.
4. Um ansteckend zu sein, muss man „100mal mehr Viruslast in sich tragen als die Nachweisgrenze der Tests“ (Zitat: Olfert Landt). [55]

Wenn ein Corona-PCR-Test also erst bei einem Ct-Wert von über 35 positiv anschlägt, besteht so gut wie keine Ansteckungsgefahr mehr, denn die vorhandene Viruslast ist zu gering. Trotzdem werden in den Laboren momentan in der Regel Messungen nach 35, 40 oder gar 45 Zyklen vorgenommen.[56]

Olfert Landt, Geschäftsführer von TIB Molbiol (Partner von Prof. Drosten), der mit seiner Berliner Firma weltweit die ersten Corona-PCR-Tests verkaufte, überraschte gerade kürzlich die Öffentlichkeit, indem er bei einem Interview mit der Fuldaer Zeitung im Dezember 2020 bekanntgab: ***„Die Hälfte aller positiv getesteten Personen ist nicht infektiös!“*** [57] Das heißt aber auch: Die Hälfte aller Erwachsenen und Kinder, die in Quarantäne geschickt worden sind, waren gar nicht infektiös und wurden völlig zu Unrecht ihrer Freiheit beraubt!

52) https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165
53) https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.32.2001483
54) https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045
55) https://www.nordkurier.de/politik-und-wirtschaft/die-haelfte-aller-corona-positiven-ist-nicht-ansteckend-2241827212.html
56) https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/138260
57) https://www.fuldaerzeitung.de/fulda/corona-pcr-test-infektioes-robert-koch-institut-rki-berlin-tib-molbiol-olfert-landt-90132220.html

Was nützen die Schnelltests?

Mit der nebenstehenden Grafik liefert das Robert-Koch-Institut eindeutige Argumente, die gegen die massenhaften Schnelltestungen von Schülern und Lehrern sprechen, die seit Mitte April 2021 in Deutschland Pflicht sind.

Von allen positiven Testergebnissen sind in der Regel 98% FALSCH!

Die Dresdner Zeitung DNN berichtete am 26.04.2021: „Die Corona-Selbsttests von Schülern und Lehrern an Sachsens Schulen haben vorige Woche 721 positive Ergebnisse erbracht. Die Infektionsrate habe 0,1 Prozent bei Schülern und 0,24 Prozent bei Lehrern betragen, teilte das Kultusministerium am Montag mit. Demnach wurden knapp 525.600 Tests bei Schülern und fast 75.600 bei Lehrern vorgenommen.“[58]

Das RKI erklärt zu der Grafik „Corona-Schnelltest-Ergebnisse verstehen“ folgendes:

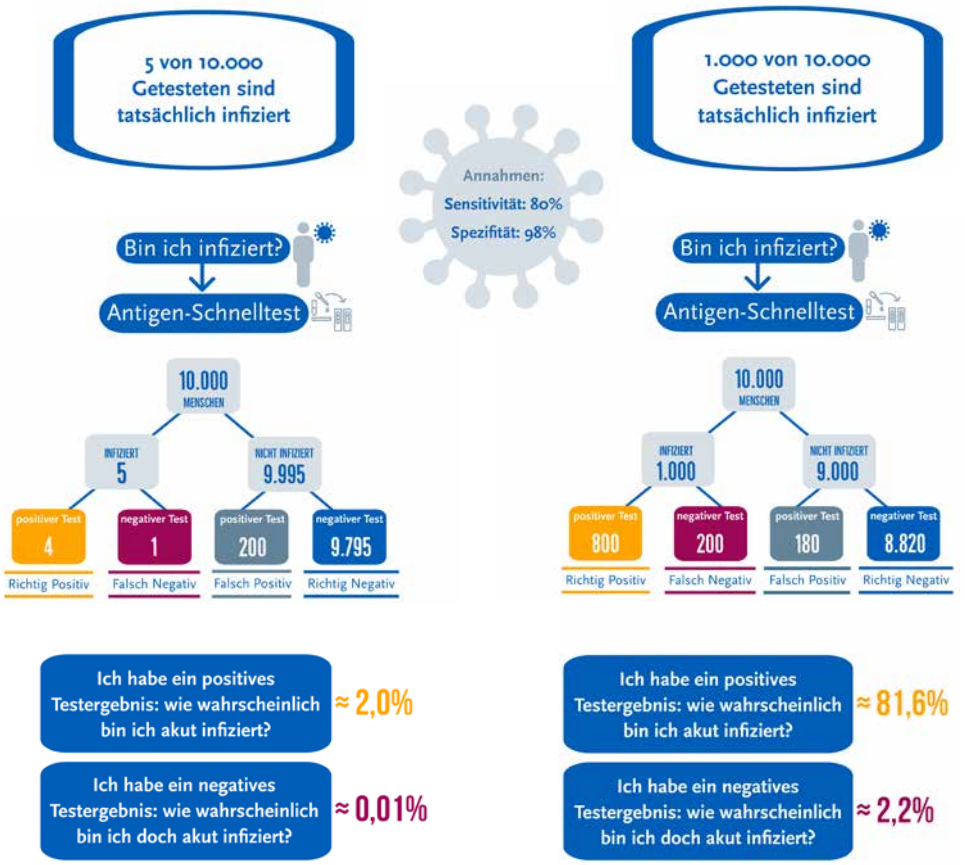
Die Aussagekraft von Antigen-Schnelltests hängt stark vom Anteil der Infizierten unter den getesteten Personen (Vortestwahrscheinlichkeit) sowie von der Sensitivität und Spezifität der Tests ab. Die folgenden Grafiken sollen helfen, Testergebnisse von Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 zu verstehen. Dafür werden zwei Situationen anhand von Rechenbeispielen verglichen: Auf der linken Seite sind unter den Getesteten nur wenige Personen tatsächlich infiziert (5 von 10.000), während auf der rechten Seite viele der Getesteten infiziert sind (1.000 von 10.000).

Die rechte Grafik zeigt, dass es (bei einer solch geringen Vortestwahrscheinlichkeit) nur eine minimale Chance von 2% gibt, dass ein Schnelltest-Ergebnis tatsächlich korrekt positiv ist.
D.h. von allen Schülern, die die Nachricht erhalten, dass ihr Testergebnis positiv ist, werden 98% völlig zu Unrecht in Angst und Schrecken versetzt und nach Hause in Quarantäne geschickt. Erst Tage später erfahren sie, dass alles nur heiße Luft war!

58) https://www.dnn.de/Region/Mitteldeutschland/Sachsen-Mehr-als-700-positive-Nachweise-bei-Corona-Tests-an-Schulen

ROBERT KOCH INSTITUT

Corona-Schnelltest-Ergebnisse verstehen



Die Sensitivität und Spezifität beschreiben wie gut ein Test ist. Die Sensitivität ist der Anteil der Personen mit positivem Testergebnis unter den Infizierten. Die Spezifität ist der Anteil der Personen mit negativem Testergebnis unter den Nicht-Infizierten.

Stand: 24.02.2021

Der „Inzidenzwert“

Definition: **Inzidenz** (lateinisch incidere = sich ereignen) **ist ein Begriff aus der medizinischen Statistik und bezeichnet die Anzahl neu aufgetretener Fälle einer Krankheit, bezogen auf eine definierte Population und einen bestimmten Zeitraum.**

Die Stadt Aachen gibt auf ihrer Webseite ein gutes Beispiel für die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz: Gesamtzahl der Fälle vom Dienstag, 12.01.2021: 15.469. Davon zieht man die Gesamtzahl der Fälle vom Dienstag zuvor ab. Das waren am 5.01. 14.723. Ergebnis: 746 Neuinfektionen in den letzten 7 Tagen. Diese 746 Neuinfektionen werden durch die Einwohnerzahl (557.026) geteilt und mit 100.000 multipliziert. Das Ergebnis ist eine Inzidenz von 134. Problematisch[59] ist bei dieser Art Berechnung, dass der Inzidenzwert auf diese Weise direkt abhängig ist von der Anzahl der durchgeführten Tests, die leider niemand kennt.

Je mehr Tests – desto höhere Fallzahlen – desto höher die Inzidenz.

Ein weiteres grundlegendes Problem bei dieser Art Berechnung ist, dass nicht nur echte Krankheits-Fälle gezählt werden, sondern einfach alle positiven Test-Ergebnisse – obwohl darunter jede Menge falsch-positive und völlig gesunde Menschen sind.

Der emeritierte Mathematikprofessor **Dr. Hans-Jürgen Bandelt** sagt: *„Das Konzept des Inzidenzwertes ist wissenschaftlicher Unfug und führt wegen der inhärenten Manipulationsmöglichkeit zu Schwindel und Betrug. Der törichte Inzidenzwert muss auf jeden Fall weg. Stattdessen bräuchte es unverfälschte wirkliche Kenngrößen des Infektionsgeschehens.“*

Michael Wieden erklärt in seinem Video [60] „Inzidenz und Selbsttest“ sehr präzise, warum seit Beginn der massenhaften Schnelltests weder der Inzidenzwert noch die Testpositivenquote sinnvolle Zahlen zur Einschätzung der Gesamtgefährdungslage liefern können. Seine Erklärung veranschaulicht auf ganz einfache Weise den Kern des Problems.

FAZIT: Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung sollten einzig auf dem validen Nachweis der Entwicklung einer Gefährdungslage erfolgen.

Gefahren richtig einschätzen

Wenn man die Gefährlichkeit einer Situation, Krankheit, Sportart oder Tätigkeit realistisch beurteilen möchte, muss man sich ganz nüchtern Zahlen und Fakten anschauen. Bauchgefühl, Schreckensbilder im Fernsehen, Gerüchte und Befürchtungen sind keine Fakten und daher keine verlässlichen Kriterien zur Bewertung von Gefahren.

Beispiel Straßenverkehr:
2018 sind in Deutschland 3265 Menschen durch Verkehrsunfälle gestorben. 1424 Tote waren PKW-Fahrer und 697 Motorradfahrer. Man könnte nun denken: Autofahren ist doppelt so gefährlich wie Motorradfahren – doch weit gefehlt: Statistisch gesehen ist Motorradfahren 16- bis 20mal gefährlicher als Autofahren! Denn es gibt ca. 16mal so viele Autos in Deutschland wie Motorräder. Und man verbringt in der Regel viel mehr Zeit im Auto als auf dem Motorrad.

Beispiel Schwimmen:
2019 sind in Deutschland 417 Menschen ertrunken.
Stellen wir uns vor, das Fernsehen würde an 417 Tagen hintereinander über einen weiteren Fall eines Ertrunkenen berichten. Die Bilder der Ertrunkenen würden uns prägen. Schon nach einigen Wochen wären vermutlich viele Menschen davon überzeugt, dass Schwimmen sehr gefährlich ist, denn unsere Wahrnehmung wird durch die Medien beeinflusst. Am Ende wären vermutlich viele bereit, das Schwimmen offiziell verbieten zu lassen – obwohl in Deutschland das Risiko zu ertrinken minimal ist.

59) Würde man wöchentlich alle 557.026 Einwohner von Aachen testen (oder jeweils dieselbe repräsentative Stichprobe erheben, z.B. mit 10.000 Personen), dann wären die Fallzahlen zur Berechnung des Inzidenzwertes halbwegs brauchbar.
Da aber das Robert-Koch-Institut nur die neu gemeldeten Fälle pro Landkreis sammelt, nicht aber die genaue Anzahl der durchgeführten Tests pro Landkreis, können die Zahlen auch nicht sinnvoll ins Verhältnis gesetzt werden und das Ergebnis ist: wertlos
60) Interessierte können das Video über seinen Youtube-Kanal anschauen (https://youtu.be/6yuEsu1yc_g).

Zahlen bewerten

Sind 1.000 Euro viel oder wenig?
Das kommt darauf an. Handelt es sich um das wöchentliche Taschengeld Ihres Sohnes oder um Ihr Monatsgehalt für einen 40-Stunden-Job?

Sind 20.000 Tote viel oder wenig?
Das kommt darauf an. Täglich sterben in Deutschland ungefähr 2600 Menschen, insofern wären 20.000 im Monat nicht viel, sondern erstaunlich wenig.

Sind 100.000 Corona-Positive pro Woche viel oder wenig?
Um das richtig zu beurteilen, muss man diverse andere Parameter kennen:
Wie viele Tests wurden insgesamt gemacht?
Wie hoch war jeweils der ct-Wert bei den PCR-Tests?
Wie viele Tests waren gar nicht korrekt, sondern nur falsch-positiv?
Welche Infektionszahlen sind bei anderen Grippewellen innerhalb der Gesamtbevölkerung normal ?
Bei welchen Bevölkerungsgruppen wurde vorrangig getestet? Bei völlig gesunden Menschen oder bei Kranken? Bei Kindern in Schulen oder in Altersheimen? In einer Großstadt oder auf dem Land?
Wie viele der sogenannten „Neuinfizierten“ sind tatsächtlich erkrankt?

Sind 40.000 Corona-Tote in einem Jahr viel oder wenig?
Um das richtig zu beurteilen, müsste man unter anderem wissen:
1. Wie viele Menschen sind gar nicht genuin „an“, sondern „mit“ Corona gestorben und trotzdem in die Sterbestatistik eingeflossen?
2. Wie viele sind in anderen Jahren an Atemwegsinfektionen gestorben? Welche Zahlen sind also „normal“?

2020 verlief milder als 2019

Die Plattform **www.Initiative-Qualitätsmedizin.de** [61] wurde von diversen Universitätskliniken und Krankenhäusern (so auch der Berliner Charité) im Jahr 2008/09 gegründet. Die beteiligten 421 Krankenhäuser tragen jedes Jahr extrem umfangreiche und aussagekräftige Daten von rund 4 Millionen Patienten zusammen. Auch die Anzahl aller schweren Atemwegsinfektionen (der „SARI“-Fälle) wird dabei sehr genau aufgenommen. Der Vergleich von 2020 zu 2019 in den Kalenderwochen 1 bis 48 ist mehr als überraschend.

Daten für 2019 und 2020 (KW 1-48)
www.initiative-qualitaetsmedizin.de

Patienten	2019	2020	Differenz 2020-2019
im Krankenhaus	3.898.668	3.393.480	- 505.188 (-13%)
mit SARI*	217.131	187.581	- 29.550 (- 13,6%)
in Intensivstationen	191.523	181.047	- 10.476 (- 5,5%)
mit Beatmung	93.505	86.046	- 7.459 (- 8%)
verstorben	**2019**	**2020**	**Differenz**
im Krankenhaus	87.636	84.568	- 3.068 (- 3,5%)
mit SARI*	25.743	25.791	48 (0,2%)
in Intensivstationen	34.146	32.936	- 1.210 (- 3,5%)
mit Beatmung	27.512	25.725	- 1.787 (-6,5%)

*SARI = Schwere Akute Respiratorische Infektionen

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Bis November 2020 wurden in den beteiligten Krankenhäusern 3.393.480 Fälle stationär behandelt, was ca. 22% der Krankenhauspatienten in ganz Deutschland entspricht. Insofern handelt es sich hier um eine äußerst repräsentative Stichprobe. Für 2019 und 2020 werden im Zeitraum KW 1–48 (bis Ende November) Daten aus 4 Kategorien dargestellt: 1. hospitalisierte Patienten insgesamt, 2.Patienten mit schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI) – zu denen in 2020 auch alle COVID-19-Patienten gehören, 3. Patienten in Intensivbehandlung (INT) und 4. Patienten, die beatmet werden mussten. Außerdem ist jeweils die Anzahl der Verstorbenen aus diesen vier Gruppen aufgezeichnet. Die Differenz beider Jahre ist in der Spalte ganz rechts angegeben.

61) https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie

Welche Sterbefälle wurden gezählt?

Dr. Dietmar Benz, Gerichtsmediziner in Baden-Württemberg, erklärte kürzlich:

> *„Für die Kalenderwochen 49 und 50 (30.11. bis 11.12.) kann ich berichten, dass unter den 705 von mir durchgeführten Leichenschauen 132 Verstorbene (= 18,7 Prozent) als Covid-19-positiv angegeben wurden (hervorgehend aus den mir vorliegenden Sterbepapieren.) Die meisten wären auch ohne Corona gestorben. Das Durchschnittsalter dieser als positiv angegebenen Personengruppe lag bei 84 Jahren. Unter Berücksichtigung der aus den Todesbescheinigungen hervorgehenden (...) Kausalketten zum Todesgeschehen sowie unter Einbeziehung meiner Untersuchungsbefunde kann ich ausführen, daß praktisch alle Covid-positiv-Verstorbenen schwere, meist mehrfache Vorerkrankungen aufgewiesen haben, am häufigsten Demenz, Hirnschlag, Herzinsuffizienz, Kachexie oder massives Übergewicht, und bei mindestens zwei Dritteln dieser Personengruppe, wahrscheinlich eher deutlich mehr, eine Covid-19-Infektion auch wegdenkbar ist, um das todesursächliche Geschehen zu erklären."* [62]

Vermutlich gilt Ähnliches weltweit für alle Todesfälle: Man muss wohl rund zwei Drittel davon abziehen, da diese allesamt auch ohne COVID-19 gestorben wären. Dr. Klaus Püschel, Gerichtsmediziner aus Hamburg, berichtet seit April 2020 dasselbe.[63] Die offizielle Erklärung des RKI stellt fest:

> *„In Einklang mit den internationalen Standards der WHO und des ECDC wertet das RKI alle labordiagnostischen PCR-Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung einer klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle."*

Das heißt explizit:
Jeder mit einem positiven PCR-Test kommt in die Statistik.[64]

62) https://reitschuster.de/post/covid-19-infektion-bei-zwei-dritteln-der-toten-wegdenkbar/
63) https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-rechtsmediziner-ohne-vorerkrankung-ist-in-hamburg-an-covid-19-noch-keiner-gestorben_id_11865398.html
64) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-22-de.pdf?__blob=publicationFile

Eine gefährliche Seuche?

Eine wirklich gefährliche Seuche waren zum Beispiel die Pocken. England, 1796: Der englische Arzt Edward Jenner sucht fieberhaft nach einem Mittel gegen die damals grassierenden Pocken. Der Krankheitserreger ist höchst infektiös und führt bei fast jedem dritten Betroffenen zum Tod. Wer überlebt, ist meistens durch Pockennarben entstellt, auch Folgeschäden wie Blindheit oder Lähmungen sind möglich. Dr. Jenner ist aufgefallen, dass Melkerinnen, die sich mit den harmlosen Kuhpocken infiziert haben, offenbar nicht an den gefährlichen menschlichen Pocken erkranken können. Das bringt ihn auf eine Idee: Er nimmt das eiterige Pockenblasensekret einer an Kuhpocken erkrankten Melkerin und infiziert damit einen achtjährigen Jungen. Die Erkrankung verlief erwartungsgemäß unkompliziert. Nach der Genesung des Jungen verabreicht Jenner ihm das Sekret der menschlichen Pocken. Und siehe da: Der Junge infiziert sich nicht, offensichtlich ist er immun. Eine der ersten Impfungen der Geschichte war erfolgreich. In Preußen wurde 1874 eine allgemeine Impfpflicht für die Pocken eingeführt. Dort sank die Anzahl der Todesfälle von 2.642 im Jahr 1868 auf drei im Jahr 1879.[65] 1967 startete die WHO eine weltweite Kampagne mit dem Ziel, die Pocken endgültig zu besiegen und erklärte dann am 26. Oktober 1979 die gesamte Welt für pockenfrei.

Bei Corona /COVID-19 haben wir es allerdings mit einer grippeähnlichen Atemwegsinfektion zu tun. Auch ein gut entwickelter Impfstoff kann das Virus nicht einfach ausrotten. Deshalb kann man Prof. Gérard Krause, Leiter der Forschungsgruppe Epidemiologie vom Helmholtz-Zentrum, nur zustimmen:

> *„Wir müssen uns auf die Menschen konzentrieren, die ein besonders hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben. Diese Menschen müssen optimal geschützt und versorgt werden."* [66]

65) https://www.addendum.org/impfen/pockenimpfung-erfolgsgeschichte/
66) https://www.helmholtz-hzi.de/de/wissen/wissensportal/keime-und-krankheiten/coronaviren/

Herdenimmunität

Herdenimmunität ist erreicht, wenn so viele Personen (meist ca. 70% der Bevölkerung) immun gegen eine bestimmte Krankheit geworden sind, dass jede Infektionskette schnell wieder abbricht und sich die Krankheit nicht weiter ausbreiten kann.

„Unser Ziel sollte es sein, die Sterblichkeit und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir die Herdenimmunität erreichen."[67]
Das ist der Kerngedanke der Great-Barrington-Erklärung, die von vielen tausend Ärzten weltweit unterzeichnet worden ist.

Prof. Dr. Klaus Stöhr, ein deutscher Epidemiologe, der die Abteilung für SARS-Forschung und Epidemiologie der WHO leitete und jahrelang in der Impfstoff-Forschung tätig war, sagte in Bezug auf COVID-19:

- *„Die Pandemie wird nicht verschwinden, wenn der Impfstoff zur Verfügung steht. Sie wird dann zu Ende gehen, wenn das Virus alle Menschen gefunden hat."*
- *„Infizierte werden (nach der Erkrankung) einen robusten Schutz behalten."*[68]

Professor Stöhr bewertet die Pandemie als Naturereignis, das nicht zu stoppen ist, und geht davon aus, dass es „ein bis zwei Jahre dauert, bis das Virus den größten Teil der Weltbevölkerung infiziert haben wird." Wie die anderen und im allgemeinen milden menschlichen Coronaviren würde SARS-CoV-2 dann ständig zirkulieren und hauptsächlich einfache Infektionen der oberen Atemwege verursachen.[69]
Eine baldige Ausrottung des neuen Coronavirus ist nach Überzeugung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht in Sicht.

> *„Wir müssen lernen, mit dem Virus zu leben."*
> *„Wir werden in absehbarer Zukunft nicht in der Lage sein, das Virus zu beseitigen oder auszurotten."*[70] **Mike Ryan – WHO**

67) https://gbdeclaration.org
68) https://www.swr.de/swr2/leben-und-gesellschaft/epidemiologe-klaus-stoehr-zur-corona-pandemie-als-naturereignis-nicht-zu-stoppen-100.html
69) Interview – Die Zeit 14.10.2020 https://www.zeit.de/2020/43/klaus-stoehr-epidemiologe-corona-strategie-bundesregierung-kritik/seite-3
70) https://www.nachrichten.at/panorama/weltspiegel/who-wir-muessen-lernen-mit-dem-virus-zu-leben;art173277769

Mit dem Virus leben

Bisher machten uns hier in Deutschland in Bezug auf Atemwegsinfektionen vorrangig Influenza-, Rhino- und Adeno-Viren zu schaffen. Wir haben gelernt, mit diesen Viren zu leben, und wissen: Ausrotten kann man sie nicht – aber man kann sinnvolle Schutzmaßnahmen ergreifen.
Auch Coronaviren sind seit den 1960er Jahren bekannt. Die verschiedenen humanen Coronaviren sind laut epidemiologischen Studien für ca. 15 Prozent aller gewöhnlichen Atemwegsinfektionen verantwortlich und nicht sonderlich gefährlich. SARS-CoV-2, das Coronavirus, welches als Ursache für COVID-19 identifiziert wurde und sich seit Ende 2019 über Wuhan, China, weltweit ausgebreitet hat, scheint da anders und deutlich gefährlicher zu sein. Dennoch ist es nicht wesentlich gefährlicher als Influenza A. Das wissen wir heute! Insofern können wir mit SARS-CoV-2 auch ähnlich umgehen wie mit anderen Grippewellen.

Auszug aus der Great-Barrington-Erklärung:

> *„Glücklicherweise wachsen unsere Erkenntnisse über das Virus. Wir wissen, dass die Gefahr, durch COVID-19 zu sterben, bei alten und gebrechlichen Menschen mehr als tausendmal höher ist als bei jungen Menschen. Tatsächlich ist COVID-19 für Kinder weniger gefährlich als viele andere Leiden, einschließlich der Influenza. In dem Maße, wie sich die Immunität in der Bevölkerung aufbaut, sinkt das Infektionsrisiko für alle – auch für die gefährdeten Personengruppen. Wir wissen, dass alle Populationen schließlich eine Herdenimmunität erreichen – das heißt den Punkt, an dem die Rate der Neuinfektionen stabil ist. Dies kann durch einen Impfstoff unterstützt werden, ist aber nicht davon abhängig. Unser Ziel sollte daher sein, die Mortalität und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir eine Herdenimmunität erreichen. Der einfühlsamste Ansatz, bei dem Risiko und Nutzen des Erreichens einer Herdenimmunität gegeneinander abgewogen werden, besteht darin, denjenigen, die ein minimales Sterberisiko haben, ein normales Leben zu ermöglichen, damit sie durch natürliche Infektion eine Immunität gegen das Virus aufbauen können, während diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, besser geschützt werden. Wir nennen dies gezielten Schutz."*[67] **Great Barrington Declaration**

Ein starkes Immunsystem

Ein intaktes Immunsystem ist die wichtigste und effektivste Verteidigungslinie des Körpers gegen Krankheitserreger aller Art. Ist es geschwächt, haben es Infektionserkrankungen sehr viel leichter. Wir können viel für unsere Gesundheit tun, indem wir unser Immunsystem stärken.

z.B. durch …

… gesunde Ernährung (viel Obst und Gemüse)
… Sport und Bewegung
… viel frische Luft
… ausreichend Schlaf
… genug Vitamin C, Zink und Vitamin D3
… Sauna und Wechselduschen etc.

Schädliches vermeiden:

- keine Zigaretten und Drogen
- möglichst kein Übergewicht
- wenig Alkohol
- zuviel Zucker, Fett und Fleisch vermeiden

Auch eine gesunde Psyche ist wichtig für einen gesunden Körper.
Es ist hilfreich …

… möglichst viele positive Emotionen wie Dankbarkeit und Freude zu kultivieren
… soziale Kontakte und Freundschaften zu pflegen
… sich genügend Zeit für Entspannung und Kreativität zu nehmen
… Stress, Zorn, Ängste und Sorgen zu vermeiden
… auf das „grüne Licht“ in unserem Gewissen zu achten und
… den inneren Frieden zu bewahren

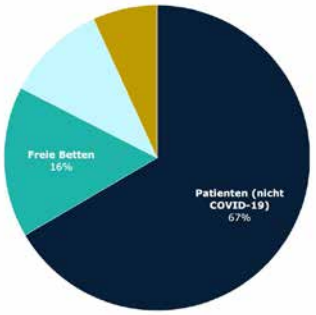
Glaube und Gebet können dabei helfen.

ANHANG
Zahlen, Daten, Fakten

Intensivstationen überfüllt?

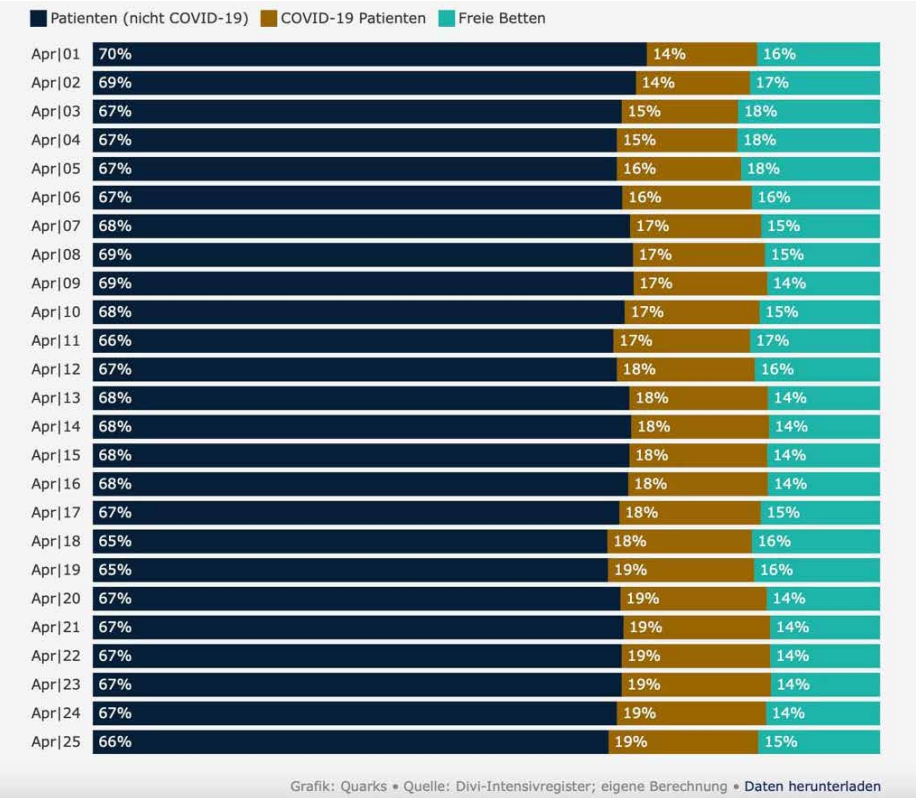
So sind die Intensivbetten in Deutschland derzeit ausgelastet

- **Patienten (nicht COVID-19)** (67%)
- **Freie Betten** (16%)
- **COVID-19 Patienten (invasiv beatmet)** (11%)
- **COVID-19 Patienten** (7%)



Stand 9. Mai 2021
Grafik: Quarks | Quelle: DIVI-Intensivregister

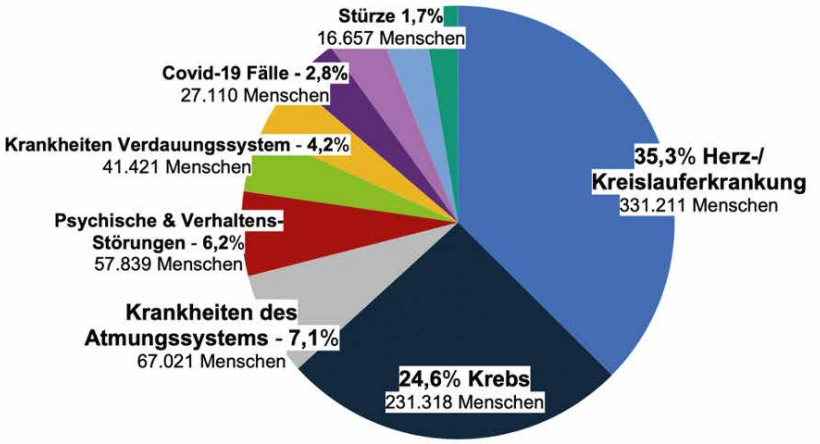
Auslastung der Intensivstation im April 2021



71) https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/so-ist-die-situation-auf-den-deutschen-intensivstationen/?fbclid=IwAROPAnIwiwJ_mgj2nSuJ7BMSbZH7ULKWQ3QM9yRVDLhvPqp5EQ5tpe4AA08

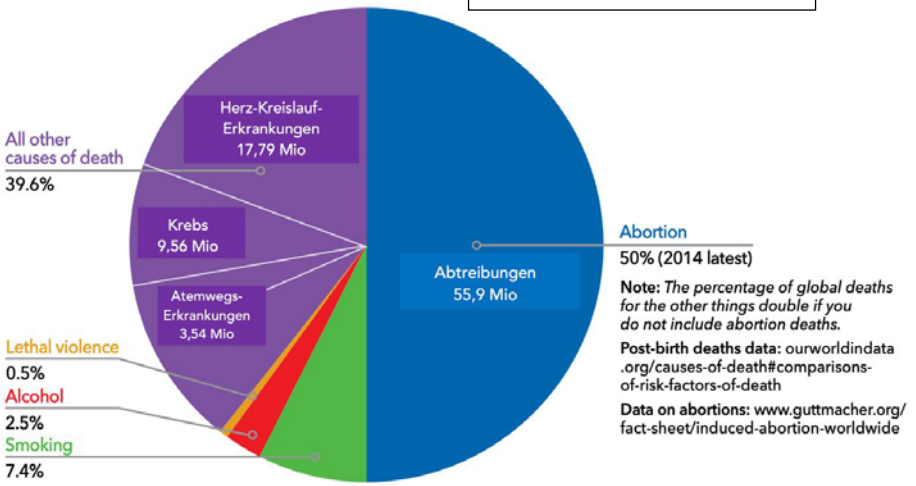
Sterblichkeit & Todesursachen

Todesursachen in Deutschland
939.520 Menschen / Jahr



In Deutschland sterben an jedem Tag ca. 2600 Menschen.

Sterbezahlen weltweit



Gute Nachrichten vom RKI

Von allen gemeldeten COVID-19-Fällen entwickeln nur **1 % schwerwiegende Symptome** wie eine Lungenentzündung.[72] **99 %** entwickeln also KEINE Lungenentzündung!

Klinische Aspekte

Für 942.503 (62%) der übermittelten Fälle lagen klinische Informationen vor. In Tabelle 3 werden die Anzahl und Anteile der COVID-19 relevanten oder häufig genannten Symptome dargestellt.

Klinisches Merkmal	N mit Angabe	N mit klinischem Merkmal	% mit klinischem Merkmal
Husten	942.503	373.329	40%
Fieber	942.503	263.569	28%
Schnupfen	942.503	249.445	26%
Halsschmerzen	942.503	199.978	21%
Pneumonie	942.503	12.634	1%
Geruchs- oder Geschmacksverlust*	797.710	168.154	21%

Tabelle 3: COVID-19 relevante oder häufig genannte Symptome (Stand 22.12.2020, 0:00 Uhr), *Geruchs und Geschmacksverlust werden seit der 17. Kalenderwoche erfasst.

Nur 5-7 Prozent aller klinisch erfassten COVID-19-Fälle waren so schwer, dass die Betreffenden ins Krankenhaus mussten.[73]

Tabelle 4: Die dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbener für die Meldewochen KW 10 – 44, 10.11.2020, 0:00 Uhr).

KW	Fälle gesamt	Mittelwert Alter (Jahre)	Männer	Frauen	Anzahl mit klinischen Informationen	Anteil keine, bzw. keine für COVID-19 bedeutsamen Symptome	Anzahl mit Angaben zur Hospitalisierung	Anzahl hospitalisiert	Anteil hospitalisiert	Anzahl Verstorben	Anteil Verstorben
32	6.044	34	54%	46%	4.393	30,3%	5.146	377	7%	30	0,50%
33	7.935	32	53%	47%	5.628	33,4%	6.789	409	6%	29	0,37%
34	9.578	32	55%	45%	6.997	35,0%	8.049	405	5%	27	0,28%
35	8.805	32	53%	47%	6.634	31,0%	7.167	342	5%	16	0,18%
36	8.598	33	54%	46%	6.380	27,2%	6.868	373	5%	33	0,38%
37	9.764	35	52%	48%	7.158	20,7%	7.638	426	6%	57	0,58%
38	12.253	36	51%	49%	9.064	18,7%	9.569	607	6%	73	0,60%
39	13.041	37	52%	48%	9.629	18,6%	10.374	711	7%	97	0,74%
40	15.869	38	52%	48%	11.545	17,5%	12.715	785	6%	98	0,62%
41	26.093	39	51%	49%	18.312	16,4%	20.190	1426	7%	176	0,67%
42	41.973	39	51%	49%	27.706	15,8%	31.020	2032	7%	313	0,75%
43	74.630	40	50%	50%	43.295	15,3%	50.650	3340	7%	519	0,70%*
44	110.748	41	50%	50%	56.383	15,2%	67.822	4114	6%	504	0,46%*
45	121.838	41	49%	51%	49.293	15,5%	63.175	3623	6%	224	0,18%*

72) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-22-de.pdf?__blob=publicationFile
73) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-10-de.pdf?__blob=publicationFile

Für Kinder ungefährlich

Tabelle 4: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 47.494 Todesfälle; 19.01.2021, 0:00 Uhr.

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
männlich	4	3	25	55	178	883	2502	5.962	11.292	3692
weiblich	6		14	29	90	349	1069	3237	10.922	7.182
gesamt	10	3	39	84	268	1232	3571	9.199	22.214	10.874

* 4 Fälle unter den unter 20-Jährigen werden derzeit noch validiert.

Aus diesen Sterbezahlen wird deutlich: Für Kinder und Jugendliche unter 20 ist das Risiko, an COVID-19 zu sterben, fast gleich null, und für Menschen unter 60 Jahre immer noch sehr gering. Für Menschen über 65 Jahre steigt das Risiko deutlich an.

Die Sterbezahlen sind mit denen anderer Grippewellen nicht mehr vergleichbar, da die Infektionswelle vom Frühjahr 2020 mit der nächsten vom Winter 20/21 aufsummiert wird, anstatt bei einer neuen Saison wieder bei null anzufangen, so wie es bei der Grippe-Zählung üblich ist.

Die „Positivenquote“

Kalenderwoche 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positiven-quote (%)
Bis einschl. KW 10	124.716	3.892	3,12
11	127.457	7.582	5,95
12	348.619	23.820	6,83
13	361.515	31.414	8,69
14	408.348	36.885	9,03
15	380.197	30.791	8,10
16	331.902	22.082	6,65
17	363.890	18.083	4,97
18	326.788	12.608	3,86
19	403.875	10.755	2,66
20	432.076	7.080	1,64
21	354.260	5.228	1,48
22	401.589	4.267	1,06
23	337.217	3.085	0,91
37	1.164.932	10.046	0,86
38	1.146.565	13.261	1,16
39	1.155.995	14.094	1,22
40	1.112.967	19.407	1,74
41	1.188.338	29.567	2,49
42	1.263.716	44.759	3,54
43	1.409.437	77.575	5,50
44	1.626.132	116.411	7,16
45	1.602.839	125.867	7,85
46*	1.390.324	124.966	8,99
47*	1.360.981	127.178	9,34
48*	1.312.802	121.830	9,28
Summe	29.141.172	1.115.228	

74

FALSCH-POSITIVE ERGEBNISSE

Je mehr symptomlose Menschen wir testen, desto höher steigt die Fehlerquote. Dies muss man sich klarmachen:

Nehmen wir an, dass von 12.000 getesteten Personen nur 250 (ca. 2 %) tatsächlich angesteckt sind, so bleiben 11.750 Personen nichtinfektiös.
Falls die Test-Fehlerquote bei 1 % liegt (in der Fachsprache: Spezifität von 99 %), geben die Tests bei 118 der 11.750 virenfreien Personen fälschlicherweise ein positives Resultat an.
Insgesamt zeigen die Tests also 368 positive Resultate an (250 richtig-positiv und 118 falsch-positiv Getestete).
Von den 368 positiven Testergebnissen, «Fälle» genannt, entpuppen sich also 118 oder ein Drittel als Testfehler.
Mit anderen Worten: **Obwohl die Tests 99 % der Gesunden korrekt als virusfrei erkennen, ist jedes dritte der positiven Resultate falsch.**
In diesem Fall, wo es nur wenige Infizierte gibt, wwerden also ein Drittel zu viele „Corona-Fälle“ publiziert. Doch sämtliche 368 positiv Getestete müssen in eine Quarantäne. Auch die Kontaktpersonen der falsch-positiv Getesteten werden erfasst und lösen ein Tracing mit weiteren Tests an symptomfreien Personen aus. Die tägliche Testspirale mit vielen falsch-positiven Resultaten dreht sich damit immer weiter.[75]

74) Epidemiologisches Bulletin 49/2020, S.14 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/49_20.pdf?__blob=publicationFile
75) https://www.infosperber.ch/gesundheit/public-health/das-irrefuehrende-starren-auf-die-corona-fallzahlen-2/

Um einen realistischen Eindruck von Ausmaß und Verlauf der Pandemie bzw. der Zu- und Abnahme der „Neuinfizierten“ zu bekommen, muss man sich vor allem eine Zahl anschauen: die „Positivenquote“. Sie zeigt den **Anteil der positiven PCR-Tests** im Verhältnis zu allen durchgeführten Tests an!

In den Medien wurde berichtet, dass die Anzahl der positiven Testergebnisse in der KW 12 (ab 16. März 2020) dramatisch angestiegen sei, nämlich auf 23.820, während in der 11. Kalenderwoche (ab 9. März) gerade mal 7.600 „positiv“ waren.
Damit erweckte man den Eindruck, die Zahlen hätten sich innerhalb einer Woche verdreifacht.[76] Dabei wurde verschwiegen, dass auch die Anzahl der Tests zeitgleich fast verdreifacht wurde. Die Tabelle vom RKI zeigt anhand der „Positivenquote“, wie gering der reale Anstieg der Fallzahlen war:

Kalenderwoche 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positiven-quote (%)
Bis einschl. KW 10	124.716	3.892	3,12
11	127.457	7.582	5,95
12	348.619	23.820	6,83
13	361.515	31.414	8,69

Wenn man sich die „Positivenquote“ anschaut, stellt man fest, dass es von KW 11 zu KW 12 nur ein minimales Wachstum von 5,95 % auf 6,83 % gab. Die Lage war also damals völlig entspannt, der Anstieg der Fallzahlen war immer moderat.

Ein exponentielles Wachstum hat es in Deutschland nie gegeben!

Wenn von einem dramatischen Anstieg der positiven Testergebnisse berichtet, dabei aber verschwiegen wird, dass parallel die Anzahl der Tests vervielfacht wurde, ist das eine irreführende Darstellung. **Prof. Matthias Schrappe** meint dazu in einem Interview mit dem ZDF, die Zahlen hätten „keine Basis“ und seien „das Papier nicht wert, auf dem sie geschrieben sind“.[77]

76) Christof Kuhbandner (Psychologieprofessor und Lehrstuhlinhaber an der der Universität Regensburg) hat darauf bereits im April auf heise.de deutlich hingewiesen. https://www.heise.de/tp/features/Die-Ueberschaetzung-des-tatsaechlichen-Anstiegs-der-Coronavirus-Neuinfektionen-4709977.html
77) https://www.zdf.de/nachrichten/zdfheute-live/videos/schrappe-corona-kritik-video-100.html

Das Robert-Koch-Institut veröffentlicht bis heute (Mai 2021) die Anzahl der positiv Getesteten – ohne diese Zahlen mit der Anzahl der Testungen ins Verhältnis zu setzen.

Zeitlicher Verlauf

Die dem RKI übermittelten Fälle mit Erkrankungsdatum seit dem 01.03.2020 sind in Abbildung 2 dargestellt. Bezogen auf diese Fälle ist bei 1.005.475 Fällen (56 %) der Erkrankungsbeginn nicht bekannt bzw. sind diese Fälle nicht symptomatisch erkrankt. Für diese Fälle wird in Abbildung 2 daher das Meldedatum angezeigt.

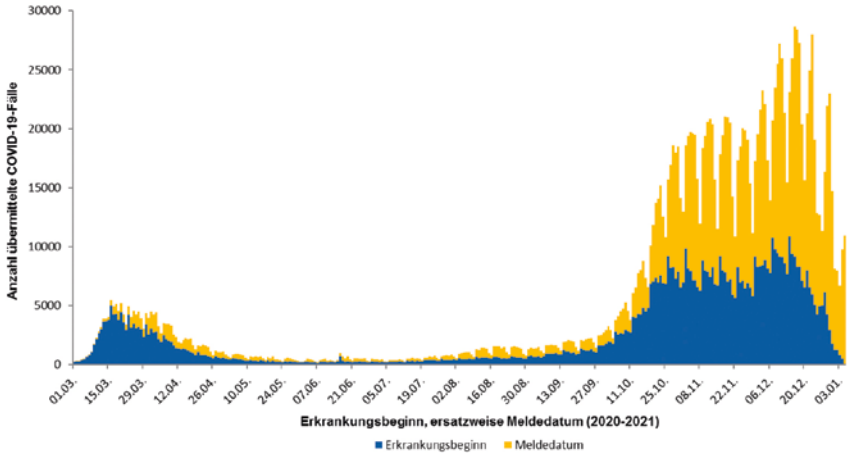


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (06.01.2021, 0:00 Uhr)*.

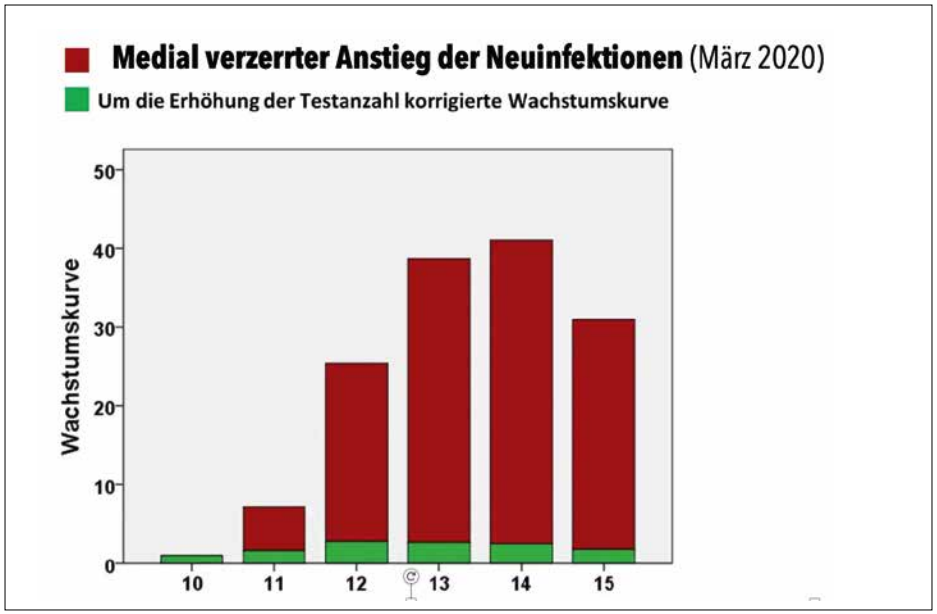
*Während der Feiertage und zum Jahreswechsel wurden COVID-19-Fälle nur verzögert detektiert, erfasst und übermittelt.

Der Bericht stellt eine Momentaufnahme dar und wird täglich aktualisiert.

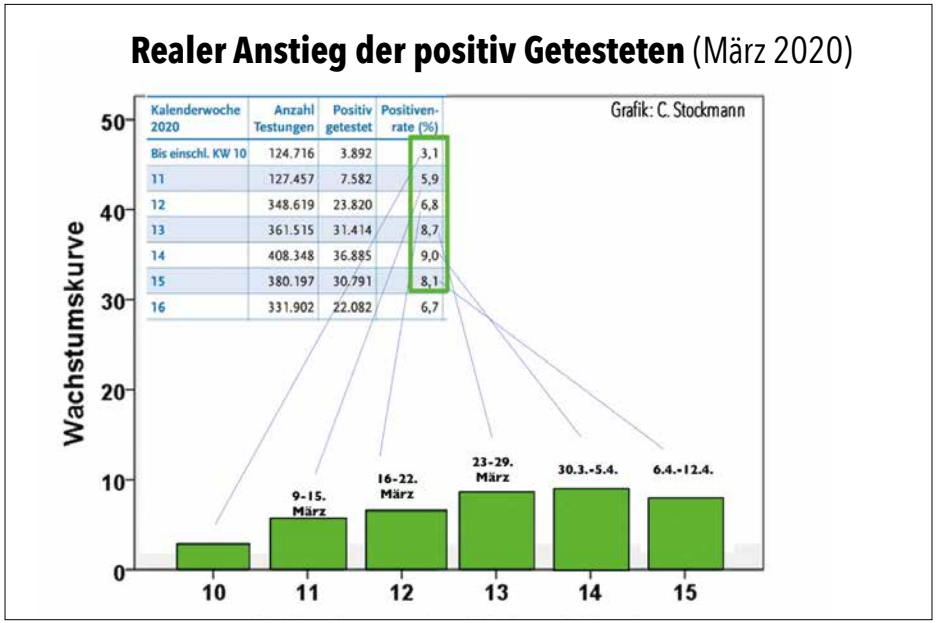
78

Mit dieser Grafik wird für die Zeit ab Oktober 2020 eine 4-fache , 5-fache und im Dezember sogar 6-fache Menge an gemeldeten COVID-Fällen (im Vergleich zum März) dargestellt. Dies suggeriert eine vielfach höhere Anzahl an Infektionen gegen Ende des Jahres, weil in dieser Grafik nicht angezeigt wird, dass die Anzahl der wöchentlichen Testungen gleichfalls ungefähr vervierfacht wurde: von 400.000 auf 1,6 Millionen Tests pro Woche. Damit ist die oben gezeigte Grafik mathematisch nicht korrekt.

78) Epidemiologisches Bulletin 49/2020, S.14 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/49_20.pdf?__blob=publicationFile

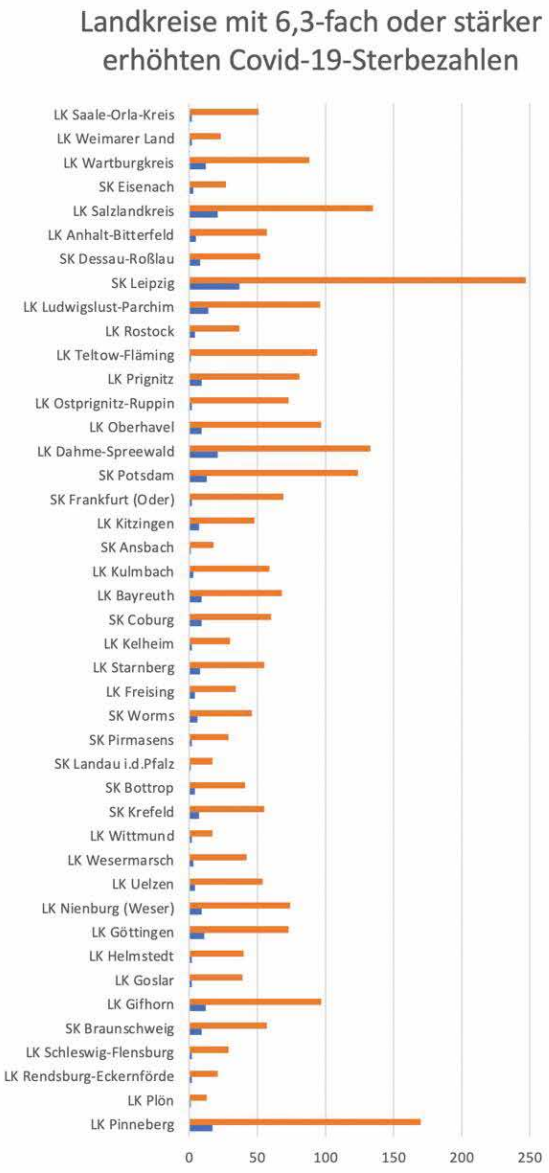


79) Christof Kuhbandner (26.4.2020 - heise.de)



Kalenderwoche 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Positiven-rate (%)
Bis einschl. KW 10	124.716	3.892	3,1
11	127.457	7.582	5,9
12	348.619	23.820	6,8
13	361.515	31.414	8,7
14	408.348	36.885	9,0
15	380.197	30.791	8,1
16	331.902	22.082	6,7

Vergleich der Covid-19 Sterbefälle (Altersgruppe 80+) 60 Tage vor und nach Impfbeginn

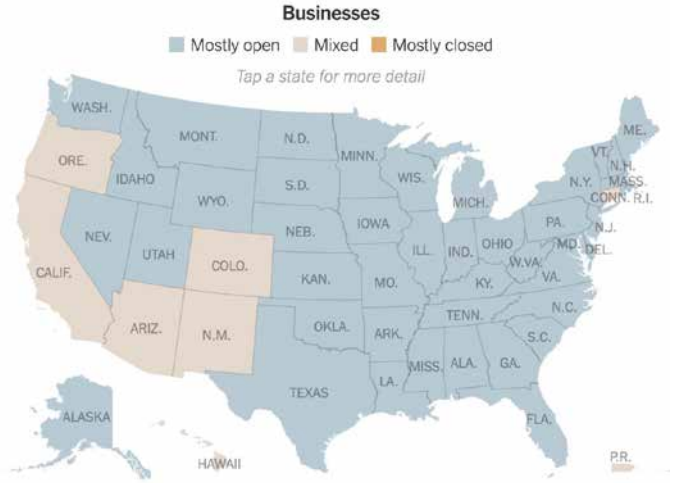


Seit dem 27.12.2020 (Beginn der Impfungen) läßt sich in 88 deutschen Landkreisen eine mindestens 4-fach erhöhte Sterberate der über 80-jährigen feststellen.
In der nebenstehenden Grafik werden über 40 Landkreise gezeigt, die sogar eine mehr als **6-fach erhöhte** Sterberate der über 80-jährigen vorzuweisen haben.
Zum Teil gibt es sogar eine 10- oder gar 20-fache Erhöhung.

Daten: Robert-Koch-Institut
Zusammenstellung: Programmierer Martin Adam – siehe http://ich.bingenervt.de

Lockdown ist vorbei!

England: hebt ab 17. Mai 2021 die Maskenpflicht für Schüler und Lehrer auf. Testungen sind freiwillig. Auch Restaurants, Theater, Kinos und Museen dürfen ihre Innenräume wieder öffnen.
USA: In 44 Bundesstaaten haben alle Geschäfte wieder geöffnet. 25 Bundesstaaten haben keine Maskenpflicht mehr.



New York Times – 5.5.2021

Schlusswort

Im März 2020 waren die Bilder von Intensivstationen, Beatmungsgeräten und Särgen allgegenwärtig in Zeitungen, Fernsehen und Internet. Schreckensbilder versetzen unser Unterbewusstsein in Angst und beeinflussen massiv unsere objektive Wahrnehmungsfähigkeit. Man nennt dies in der Psychologie auch den „Priming-Effekt“.[80]

Ein offizielles Strategie-Papier aus dem Bundesinnenministerium bestätigt, dass dies sogar gewollt war: „Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, …“ [81] heißt es dort auf Seite 13. Verantwortungsbewusste Leiter sollten in Krisensituationen eigentlich genau das Gegenteil tun, nämlich für Ruhe und Besonnenheit sorgen, um Panik und Kurzschlussreaktionen zu vermeiden.

„Demokratie lebt nicht von Zwang,
sondern von geteiltem Wissen und Mitwirkung“ [82],

hatte Angela Merkel in ihrer Fernsehansprache vom 18. März 2020 gesagt. Um zu echtem „Wissen“ zu gelangen (Sinn und Zweck von „Wissen“-schaft), sind ein offener Diskurs und das sachliche Prüfen aller Fakten wichtig. In einer funktionierenden Demokratie muss man nach- und hinterfragen dürfen: Waren all diese Maßnahmen überhaupt **geeignet?**
erforderlich?
verhältnismäßig?

Wo ist die wissenschaftliche Evidenz für die Lockdown-Maßnahmen und auch für die behauptete Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe?
Angeblich geht es bei allen Maßnahmen darum, Leben zu schützen. Aber kann man das überhaupt noch „Leben“ nennen, wenn soziale Kontakte, Kultur, Sport, Freizeit- und Reisemöglichkeiten quasi auf Null reduziert werden? Wenn Menschen nur noch als „potentielle Virenverbreiter“ betrachtet werden?
Wollen wir wirklich zulassen, dass die Angst vor einer Krankheit unser ganzes gesellschaftliches Leben und unsere Wirtschaft zerstört?

80) https://de.ryte.com/wiki/Priming-Effekt
81) https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid19.html
82) Dazu ist es sehr hilfreich, sich mit dem Neuen Testament und der Botschaft von JESUS Christus zu beschäftigen: „ICH bin der Weg, die Wahrheit und das Leben, niemand kommt zum Vater als nur durch mich!“ (Joh 14:6)
83) https://www.individuelle-impfentscheidung.de

Selbstbestimmt leben – würdevoll sterben

Die statistische Wahrscheinlichkeit, eines Tages zu sterben, liegt bei 100 Prozent. Der Tod wird jeden von uns treffen – definitiv und unausweichlich.[82]

Wenn Sie die Wahl hätten, was würden Sie tun?

1. Im Kreis der eigenen Familie friedlich von den Liebsten Abschied nehmen oder …
2. auf einer Pflegestation mit höchsten medizinischen Standards einsam und ohne Familienkontakt ein Jahr länger leben?

Sehr viele würden wahrscheinlich **Variante 1** wählen.

Allen Menschen ein lebenswertes, selbstbestimmtes Leben und ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, ist ein erstrebenswertes Ziel für eine Gesellschaft. Aber das Leben um jeden Preis verlängern zu wollen, kann verheerende Folgen haben. Es ist durchaus nützlich, Gesundheits-Risiken zu vermindern, Schutzvorkehrungen zu treffen und Hygienemaßnahmen zu empfehlen, um besonders Risikogruppen zu schützen. Aber:

Jeder Mensch sollte selbstbestimmt und in Freiheit leben und über seine Gesundheit entscheiden dürfen!

Denn die Würde des Menschen und die Freiheit der Person sind elementare Grundrechte, die wir nicht aufgeben sollten.

Wir möchten eindringlich vor einer Impfpflicht für Schulkinder warnen!
Solange die angewandten Impfstoffe nur eine bedingte Not-Zulassung haben und die mittel- und langfristigen Nebenwirkungen der Impfstoffe aufgrund fehlender Langzeitstudien noch völlig unklar sind, dürfen Kinder einem solchen Risiko keinesfalls ausgesetzt werden. Fest steht:[83]
Kinder sind durch Covid-19 wesentlich weniger gefährdet als Erwachsene. Kinder spielen für die Verbreitung von Covid-19 eine untergeordnete Rolle. Kinder sind durch Nebenwirkungen der mRNA und DNA Impfstoffe besonders gefährdet.

Das Leben bejahen

Zur Zeit ist das Leben in Deutschland nicht gerade spaßig. Viele Menschen sind depressiv und vereinsamt. Kinder gehen nicht mehr zur Schule und können in ihrer Freizeit nicht mehr fröhlich miteinander spielen. Die Verordnungen und Maßnahmen werden seit Monaten immer härter, ein Ende ist nicht in Sicht! Kaum einer geht noch gerne einkaufen; wir können nicht mehr fröhlich Hochzeiten, Geburtstage oder Gottesdienste feiern und keine Kunst und Kultur genießen. Viele Geschäfte, Sporteinrichtungen und Vereine sind seit Monaten geschlossen. Soziale Kontakte werden behindert und sind kaum möglich, unsere Grundrechte sind seit Monaten eingeschränkt. All das muss möglichst bald aufhören!

WANN KEHREN WIR ENDLICH ZU EINER ANGST-FREIEN NORMALITÄT ZURÜCK?

Das ist die große Frage, die Angela Merkel seit April 2020 mit der Aussage beantwortet: „Wenn der Impfstoff da ist“. – Aber stimmt das wirklich? Wer geimpft ist, kann auch weiterhin infektiös sein und sogar andere anstecken! Außerdem ist nicht bekannt, ob und wie lange der Impfschutz vorhält. Wir alle wissen, dass Viren immer wieder mutieren können. Deshalb gibt es jedes Jahr neue Arten von Infektions- und Erkältungswellen.
Wo soll das alles hinführen? Soll jeder am Ende in seiner eigenen Desinfektionsschleuse leben, abgeschottet vom Rest der Welt? Will man versuchen, ein Virus auszurotten? Oder mit einem Impfpass und digitaler ID die perfekte Gesundheitsüberwachung einführen?

Wenn wir wirklich leben wollen, müssen wir auch bereit sein, Risiken einzugehen und Opfer zu bringen – wie eine Mutter, die ein Kind zur Welt bringt und Schmerzen und Anstrengungen in Kauf nimmt.
Leben heißt vertrauen, und Liebe bedeutet auch leiden. Der Tod gehört letztlich zum Leben dazu! Aber wir dürfen lernen, uns täglich **gegen** die Angst und **für** das Leben, **gegen** die Sorge und **für** Vertrauen zu entscheiden.

PSALM 23
EIN GEBET VON DAVID

Der HERR ist mein Hirte,
mir wird nichts mangeln.
Er lagert mich auf grünen Auen,
er führt mich zu stillen Wassern.
Er erquickt meine Seele.
Er leitet mich in Pfaden der Gerechtigkeit
um seines Namens willen.
Auch wenn ich wandere im Tal des Todesschattens,
fürchte ich kein Unheil, denn du bist bei mir;
dein Stecken und dein Stab, sie trösten mich.
Du bereitest vor mir einen Tisch angesichts meiner Feinde;
du hast mein Haupt mit Öl gesalbt, mein Becher fließt über.
Nur Güte und Barmherzigkeit werden mir folgen
alle Tage meines Lebens;
und ich werde bleiben
im Hause des HERRN
immerdar.

IMPRESSUM

Mandelzweig e.V.
Seestr. 101
13353 Berlin

Bestellungen der Broschüre über …
www.mandelzweig.org

5. Auflage Mai 2021