

Das MWGFD- Corona- Ausstiegskonzept

Fakten, Argumente, Daten



Lieber Leser,

wir haben in unserem Text „*Wir fordern einen Ausstieg aus der Corona-Pandemie und legen ein Konzept vor*“ Forderungen aufgestellt. Diese sind allesamt gut wissenschaftlich begründet. Diese Begründungen werden für viele neu sein, weil die Argumente und Daten, die sie stützen, im Mainstreamdiskurs kaum genannt werden. Wir beobachten mit Sorge, wie wissenschaftlicher Diskurs, der von Natur aus komplex, kontrovers und langsam ist medial verkürzt und politisch benützt wird. Daher liefern wir hier die nötigen Argumente und Begründungen, um unsere Forderungen verständlich zu machen. Wir werden viele Fakten und Daten liefern, die dem, was allgemein – in Medien, Zeitungen und öffentlichem Diskurs – berichtet wird, widerspricht. Um dies gut einzuordnen erinnern wir an ein wichtiges Prinzip der Erkenntnis: Wenn etwas als faktisch behauptet wird, dann genügt ein einziger guter Gegenbeweis, um die Behauptung als falsch zu widerlegen. Außerdem sei an ein weiteres wichtiges Diskursprinzip erinnert: nicht der, der eine Behauptung kritisch hinterfragt ist in der Pflicht, seine Kritik zu rechtfertigen, sondern der, der eine Behauptung aufstellt, muss diese gut belegen.

In diesem Sinne nun zu unseren Gründen, Daten und Argumenten:

Noch ein Hinweis vorweg: Dieses Begründungsschreiben, ist auch auf der Webseite der „Gesellschaft der Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie e.V.“ unter www.mwgfd.de (Link: <https://www.mwgfd.de/2022/01/bhakdi-et-al-das-mwgfd-corona-ausstiegskonzept/>) digital abrufbar. Dabei können die genannten Quellen mit einem Mausklick einfach aufgerufen werden.

Wie funktioniert unser Immunsystem?

Ein gutes Verständnis der Wirkweise des Immunsystems ist zentral, um ein gutes Management von Infektionskrankheiten zu erreichen und unsere Argumente zu verstehen. Daher beschreiben wir zunächst einige Fakten. [1-4]

Unser Körper besteht aus ca. 30 Billionen (10^{12}) Zellen und der 10-fachen Menge an Mikroorganismen, also ca. 300 Billionen Bakterien, Viren und Pilzen, die in uns und an uns leben. Die meisten davon brauchen wir als symbiotische Partner, z.B. für die Verdauung aber auch für die Funktion unseres Immunsystems. [5, 6]

1.) Das regionale Immunsystem in den Schleimhäuten unserer Körperoberflächen (Atemwege, Magen-Darm-Trakt, Uro-Genitaltrakt)

Überall dort, wo Kontakt zur „Außenwelt“ besteht, also an der Haut und den Oberflächen der Atemwege, des Magen-Darm-Traktes und auch im Bereich der Oberflächen der Harnwege und inneren Geschlechtsorgane muss sich unser Körper mit von außen eindringenden potenziellen Krankheitserregern auseinandersetzen. Die mit Haut bedeckte Körperoberfläche beträgt durchschnittlich 1,6 bis 2 m². Viel größer sind unsere inneren Oberflächen, die Kontakt zur Außenwelt haben, nämlich der Darm und unsere Atemwege. Die Oberflächen der Atemwege, also von Mund-, Nasen-Rachen-Raum, Luftröhre, Bronchien, Bronchiolen und von ca. 300 Millionen Lungenbläschen beträgt zusammen etwa 100 m², die des Magen-Darm-Traktes etwa 40 m². [7-9]

Bei der großen Oberfläche der Atemwege und auch des Verdauungstraktes, die vor Schäden durch allgegenwärtige oder saisonal auftretende Keime, wie z. B. Coronaviren geschützt werden müssen, ist es nicht verwunderlich, dass hierfür auch ein eigenes ortsständiges Immunsystem am Werk ist. Das meistert diese Routinearbeit meistens mühelos. Dieses lokale Immunsystem der Schleimhäute (mucosales Immunsystem) besteht in erster Linie aus Antikörpern, die von Zellen auf den Oberflä-

chen der Schleimhäute gebildet werden. Diese nennt man „sekretorisches Immunglobulin A“ (sIgA). Die sIgA auf den Oberflächen der Schleimhäute können eindringende Fremdstoffe und Krankheitserreger wie Coronaviren binden, damit diese erst gar nicht in eine Zelle eindringen können. Ferner befindet sich hier ein ausgeklügeltes „mucosales“ zelluläres Immunsystem, das angeboren ist. Das besteht vor allem aus sogenannten antigenpräsentierenden Zellen und Fresszellen (Makrophagen). Die antigenpräsentierenden Zellen durchziehen alle Schleimhäute mit einem dichten Netz als „Wächterzellen“, deren lange Zellausläufer (Dendriten) sich wie Antennen weit durch die Gewebe erstrecken. Sie werden daher auch „dendritische Zellen“ genannt. Beim Eindringen von Krankheitserregern oder Fremdstoffen in die Schleimhaut kommen diese in Kontakt mit den Dendriten und werden von den Wächterzellen als fremd erkannt, aufgenommen und verarbeitet. Auch absterbende Schleimhautzellen, wenn sie etwa durch Coronaviren befallen sind, werden von den Wächterzellen erkannt und als Gefahr eingestuft. Lokale Makrophagen werden sofort aktiviert um die eindringenden Viren und die befallenen Zellen unschädlich zu machen. Sollte dies jedoch nicht gegen die Infektion ausreichen, locken die Wächterzellen mit Botenstoffen aus den benachbarten Lymphfollikeln (Lymphknoten) T-Lymphozyten, vor allem T-Killer-Zellen zu Hilfe. Diese T-Killerzellen erkennen die virusbefallenen Zellen, töten diese ab und „löschen“ so den „Brand“ im Frühstadium. Zelltrümmer und Virusreste werden von den Makrophagen aufgenommen und komplett in Bausteine zerlegt. Über das Anlocken der Killerzellen hinaus, haben die Wächterzellen auch eine antigenpräsentierende Funktion als antigenpräsentierende Zellen (APC). Sie wandern mit den aufgenommenen Virusbestandteilen in die nahegelegenen Lymphknoten und „trainieren“ dort dann neue T-Zellen auf die Viruseigenschaften, um künftig bei Neuinfektionen mit diesem Virus sofort eine gezielte „Angriffsfront“ spezifischer T-Zellen losschicken zu können. In den Lymphknoten werden über diese APC und T-Helferzellen auch B-Zellen dazu gebracht, Antikörper gegen die speziellen Virusbestandteile (z.B. das Spike-Protein von SARS-CoV-2) zu bilden, die ihnen die APC präsentieren. Diese spezifischen Antikörper können dann künftig die Antigenabwehr auf den Schleimhäuten aber auch im Blut verstärken und spezifisch werden lassen. Die Antikörper, die sogenannte humorale Immunität, kann man mit Tests im Labor nachweisen.

Auf diese Weise findet im Normalfall die Abwehr von Atemwegsviren, wie Corona-Viren direkt vor Ort, an und in den Schleimhäuten statt, welche die Oberfläche der Atemwege auskleiden.

Diese Abwehrmechanismen bestehen folglich aus zwei Wellen, zuerst der angeborenen zellulären und humoralen Immunität, gefolgt von der erlernten zweiten Welle, der spezifischen Antikörper und T-Zellen. Die angeborene Immunität bietet schon sehr viel Basisschutz gegen Infektionen. Neue Erreger und Viren schaffen es dennoch oft, sich festzusetzen und eine symptomatische Infektion auszulösen. Gerade die spezifische Abwehr hält normalerweise ein Leben lang an, d.h. wenn das Immunsystem mit einem speziellen Erreger Kontakt hatte und diesen erfolgreich bei einer ersten Infektion bekämpft hat, kann der Erreger bei einer erneuten Infektion sofort gezielt inaktiviert und unschädlich gemacht werden, da passgenaue Antikörper und T-Zellen zur Verfügung stehen.

Ein funktionierendes Immunsystem der Atemwege braucht den ständigen Kontakt mit anderen Menschen und zur Umwelt, um auch bisher unbekannte Erreger oder deren neue Mutanten kennenzulernen, aber auch um alltägliche Fremdstoffe wie Pollen und Nahrungsmittelbestandteile zu erkennen und als tolerierbar einzustufen. Der Mensch war schon immer ein soziales Wesen und kann nur in der Gemeinschaft mit anderen Menschen überleben. Ohne diese Gemeinschaft, die immer mit enger körperlicher Nähe einhergeht, kann der Mensch nicht existieren und keine Abwehrkraft gegenüber Krankheitserregern aufbauen.

Gerade für Kinder sind enge Kontakte, insbesondere zu Gleichaltrigen, für den Aufbau eines funktionierenden Immunsystems essentiell. Denn die wichtigste Prägephase des Immunsystems in Freund/Feind findet in der frühen Kindheit und Kleinkindphase statt. Ein Ausfall in dieser Phase mangels Kontaktmöglichkeiten, wie aufgrund der aktuellen „Hygienemaßnahmen“ und Distanzre-

geln, kann zu einem schwer ausgleichbaren Immundefekt führen. Denn unser Immunsystem ist in der Lage, ein Leben lang zu lernen und muss deshalb ständig trainiert und gekräftigt werden. Solch ein Immuntraining findet laufend statt, meistens ohne, dass wir davon etwas bemerken, wenn wir mit anderen Menschen und deren Keimen aber auch mit Tieren, Pflanzen und Nahrung in Kontakt kommen.

Wir sehen derzeit die Folgen einer Verhinderung solcher wichtigen Kontakte durch improvisierte Maßnahmen ohne Evidenzbasis, wie Maskenpflicht, Quarantäne- und Abstandsregeln: eine deutlich erhöhte Zahl an schweren kindlichen Atemwegsinfektionen mit anderen Erregern als Corona-Viren, z.B. durch RSV-Viren mit vermehrten Klinikeinweisungen (<https://www.medinside.ch/de/post/rsv-virus-wie-bedrohlich-ist-die-situation-in-der-schweiz> Zugriff am 16.1.2022).

2.) Das innere Immunsystem in der Blutbahn und den Lymphwegen zum Schutz der inneren Organe

Im Inneren unseres Körpers gibt es einen weiteren Arm unseres Immunsystems, der entsprechend funktioniert. Er hat die Aufgabe, die inneren Organe vor Mikroorganismen und fremden Stoffen zu schützen, die über das Blut oder die Lymphwege eingedrungen sind. Dieses können wir uns bildlich als Polizei vorstellen. Es besteht, vereinfacht dargestellt ebenfalls wieder aus bestimmten Immunglobulinen, hauptsächlich aus im Blut und den Lymphwegen zirkulierenden „Immunglobulin M“ (IgM) und „Immunglobulin G“ (IgG), aber auch aus „Immunglobulin A“, hier allerdings das sog. „zirkulierende Immunglobulin A“ also IgA. Diese Immunglobuline werden von je speziell geschulten B-Lymphozyten gebildet, die als „Plasmazellen“ allgegenwärtig sind.

Die bereits erwähnten T-Lymphozyten, T-Helfer- und T-Killerzellen, spielen beim Erkennen und Vernichten einer Virus-befallenen Zelle der inneren Organe eine besonders wichtige Rolle. Diese ausgebildeten Abwehrzellen warten in den Lymphknoten und der Milz, und werden bei einer Infektion sofort alarmiert. Sie verlassen dann ihre „Kasernen“ (Lymphknoten und Milz) zum „Patrouillendienst“, um den Körper auf der Suche nach infizierten Zellen zu „durchkämmen“.

Außerdem sind ausgebildete T-Lymphozyten vorhanden. Sie entdecken die bei Zellteilungen ständig entstehenden entarteten Zellen, die sie vernichten und verhindern somit ein Auftreten von Krebserkrankungen. Die T-Lymphozyten spielen darüber hinaus eine entscheidende Rolle dabei, die in unserem Körper nach einer Infektion verbliebenen Viren, wie z.B. die Herpes-zoster-Viren, die sich nach einer Windpockeninfektion lange in den Spinalganglien verstecken, in Schach zu halten und so das Wiederaufflackern solcher Infektionen, u.a. durch Herpes-zoster Viren, Epstein-Barr-Viren oder Zytomegalie-Viren zu verhindern.

Was bewirkt die intramuskuläre Injektion eines Impfstoffes und warum sind intramuskulär applizierte Impfstoffe für die Prävention von viralen Atemwegsinfektionen eher ungeeignet?

Wenn eine „Impfung“ mit den neuartigen „COVID-19 Impfstoffen“ durch Injektion in die Muskulatur durchgeführt wird, bleiben die Inhaltsstoffe, entgegen der häufig geäußerten Behauptung nicht in der Muskulatur. Muskeln sind aktive und gut mit Blut versorgte Gewebe. Die Milliarden winzigster Partikel aus der Spritze gelangen von dort aus schnell in die Lymphwege und in die Blutbahn, weil es immer zu kleineren Verletzungen der kleinsten Blutgefäße, der Venolen und Arteriolen kommt. Leider werden sie des Öfteren auch direkt in größere Blutgefäße eingebracht. Dies ist insbesondere bedingt durch die seit 2015 propagierte „neue intramuskuläre Injektionstechnik ohne Aspiration“, also ohne nochmaliges Zurückziehen des Spritzenkolbens. Die Aspiration dient der wichtigen Über-

prüfung, ob die Nadelspitze in ein Blutgefäß eingedrungen ist. Sollte dies der Fall sein, ist ein neuer Injektionsversuch nötig. Allerdings ist es anatomisch gar nicht möglich, nur das Innere einer Zelle mit der im Verhältnis zur Zellgröße riesigen scharfrandigen Nadelspitze zu erreichen, ohne das umgebende Zellgewebe zu befüllen, das mit der Lymphe und der Blutbahn verbunden ist. Daher ist davon auszugehen, dass die Verteilung des Injektionsinhaltes außerhalb der Muskelzellen in Lymph- und Blutbahn die Regel darstellt. Dies wird auch durch tierexperimentelle Studien belegt, die Pfizer vor der Zulassung seines Impfstoffes bei der japanischen Zulassungsbehörde hinterlegt hat [10].

Auf die durch die Injektion ohne Aspiration möglicherweise bedingten akuten Nebenwirkungen kommen wir im weiteren Text noch zu sprechen.

Bei den etablierten Impfstoffen werden abgeschwächte Krankheitserreger oder Teile davon zusammen mit Stoffen, welche die Immunreaktionen verstärken sollen, wie z.B. Aluminiumsalzen, in geringer Dosis in die Muskulatur injiziert [11].

Gegen die vom Immunsystem als „fremd“ erkannten Eiweißbestandteile werden dann Antikörper gebildet und es bleiben Zellklone von T-Lymphozyten als „Gedächtniszellen“ zurück, die diese fremden Eiweiße erkannt haben. Sie verbleiben still in den Lymphknoten und können sich bei einer erneuten Infektion sehr schnell vermehren und sofort an den Infektionsherd zur Abwehr gesandt werden.

Für die Abwehr von aus der Luft kommenden Erregern, wie z.B. Corona-Viren, aber auch anderer respiratorischer Keime, ist diese „innere Immunabwehr“ in der Blutbahn und den Lymphwegen allerdings blind, weil seine „Einsatzkräfte“ auf der „falschen Seite der Grenze“ tätig sind. Hierfür ist, wie schon beschrieben, der „Grenzschutz“ des Immunsystems zuständig. Zwar erreichen – wohl über die Blutbahn – kleinste Mengen der genbasierten „Impfstoffe“ auch den Grenzschutz. Die Konzentrationen der hierdurch gebildeten IgA-Antikörper sind jedoch verschwindend gering und ein Schutz gegen Virusinfektionen ist nicht nachgewiesen worden.

Die intramuskuläre Applikation eines Impfstoffes kann also nur begrenzt zur Verbesserung der Abwehrlage gegenüber Atemwegsinfektionen beitragen. Ob wenigstens systemische Komplikationen vermieden werden, hängt sehr stark von einer guten Kommunikation zwischen „Grenzschutz und Binnen-Polizei“ ab. Hier genau sind viele Störungen möglich und können zu schweren Fehlreaktionen führen. Wir sehen das auch an einer mangelnden Wirksamkeit einer sog. „Gripeschutzimpfung“ bei Gesunden [12-14]. Die Daten zeigen auch: Die neuartigen „COVID-19-Impfstoffe“ tragen weder zu einer Unterbrechung der Infektionsketten bei [15-20], noch zu einer Reduktion von Infektionen [21]. Selbst ein Antikörper-basierter Effekt ist nach 6 Monaten meistens verschwunden [22]. Dies zwingt auch angesichts der sich laufend wandelnden saisonalen Atemwegsviren zu immer neuen Auffrischimpfungen, deren Wirkung man nie vorher, sondern erst nach der Saison beurteilen kann. Mittlerweile gibt mehr als 45.000 Varianten des Virus (<http://cov-glue.cvr.gla.ac.uk/#/replacement> Zugriff am 23.1.2022) und mehr als 1.000 die die zentralen Bindestellen des Virus betreffen [23]. Man würde mit dieser Strategie einem laufend sich ändernden Erreger hinterherlaufen in einem Wettrennen „Hase gegen Igel“, das man nie gewinnen kann.

Dieses fragwürdige Geschäft wäre unbedenklich, wenn die „Impfstoffe“ sicher wären. Die Daten zeigen, dass sie das nicht sind.

Gefahren durch die neuen genbasierten „Impfstoffe“

Bei den vier in Deutschland bisher bedingt-zugelassenen, gentechnischen „COVID-19-Impfstoffen“ kommt ein völlig neues, bisher am Menschen noch nicht erprobtes Wirkprinzip zum Einsatz. Was also langfristig geschehen wird, wissen wir nicht, weil es keine einzige Untersuchung gibt, die die

Effekte dieser Impfstoffe prospektiv länger als 6 Monate beobachtet hätte. Es gibt auch keine einzige große systematische Beobachtung zur langfristigen Verträglichkeit dieser Stoffe. Vieles von dem, was wir im Folgenden darstellen, stammt also aus immunologischem Basiswissen und kleineren Studien. Einzelne größere Studien sind retrospektiv und damit nicht sorgfältig genug; dennoch weisen sie Gefahren aus [24].

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass das sog. „Spikeprotein“ des SARS-CoV-2-Virus über gefährliche krankmachende Eigenschaften verfügt. Es vermittelt die Bindung des Virus an menschliche Zellen und macht sein Eindringen erst möglich. Es ist als Toxin, als Gift, einzustufen, weil es eine hohe Bindungsaffinität an den ACE-2-Rezeptor hat. Dieser Rezeptor ist an vielen Körperzellen und praktisch an allen Organen, vor allem an der Innenwand von Blutgefäßen, Arterien und Arteriolen präsent. Daher kann das Spike-Protein in diesen Körperzellen gravierende Veränderungen auslösen. Der Rezeptor spielt eine wichtige Rolle, u.a. bei der Regulation des Blutdrucks, der Gefäßspannung und des Wasserhaushaltes [25].

Darüber hinaus ist wissenschaftlich belegt, dass das Spikeprotein auch in die Zellkerne gelangt und dort die wichtige DNA-Reparatur in den Chromosomen behindert [26]. Solche Prozesse würden von einer klinischen Covid-19-Erkrankung nur selten ausgelöst werden, weil das Spike-Protein nicht in ausreichender Menge fernegelegene Zielzellen erreichen wird. Durch die Ankurbelung ihrer Massenproduktion in verschiedenen Organen wird aber gerade diese gefährliche Wirkung gleichsam regelhaft eröffnet.

Jedem Laien, der unsere bisherigen Ausführungen verstanden hat, muss es deshalb einleuchten, dass man sich kein ungünstigeres und riskanteres biologisches Wirkungsprinzip hätte ausdenken können, als ausgerechnet den Körper durch die Einbringung einer genetischen Information - also der m-RNA (messenger-RNA) - zu zwingen, das „SARS-CoV-2-Spikeprotein“ selbst herzustellen. Und das auch noch ohne zu wissen oder lenken zu können, in welchen Zellen, in welcher Menge und wie lange die Produktion des Toxins stattfindet. Genau das aber passiert jetzt nach jeder Applikation der nur bedingt zugelassenen vier genbasierten „Impfstoffe“.

Bei zwei „Impfstoffen“, nämlich bei Comirnaty® der Firma BioNTech und bei Spikevax® der Firma Moderna, ist die für das Spike-Protein kodierende mRNA in Nanolipiden verpackt. [27, 28] Nanolipide sind bereits selbst entzündungsauslösend und zellschädigend. [29] Zwei Impfstoffe benutzen für den Transport der Spike-Gene sog. „Vektorviren“, nämlich Vaxzevria® der Firma Astra-Zeneca und CO-VID-19 Vaccines Janssen® der Firma Janssen-Cilag. Alle genbasierten „Impfstoffe“ bewirken, dass Körperzellen der „Geimpften“ die gefährlichen Spikeproteine selbst herstellen.

Schätzungen haben ergeben, dass beispielsweise mit einer Dosis des Pfizer/BioNtech-Impfstoffes Comirnaty® ca. 14,4 Billionen ($14,4 \cdot 10^{12}$) Nanolipide mit der in sie eingeschlossenen m-RNA in den Körper injiziert werden (<https://tkp.at/2021/08/09/eine-pfizer-spritze-produziert-etwa-14-400-billionen-spike-proteine/> Zugriff am 10.1.22) Diese gelangen in die Blutgefäße und Lymphbahnen und von dort zunächst in die Zellen, die die Blutgefäße auskleiden (Endothelzellen) bzw. in die in den Lymphknoten beherbergten Lymphozyten und andere Immunzellen.

Was passiert mit Körperzellen, die das Spikeprotein produzieren?

Bei der Produktion von Virusproteinen kommt es immer zur Entstehung von Nebenprodukten. Diese meist aus ca. 10-15 Aminosäuren bestehenden Protein-Bruchstücken werden auf den Oberflächen der Körperzellen „präsentiert“ (vorgezeigt). Man kann sie sich vorstellen als den „Müll“, der vor die „Tür“ (Zellwand) gestellt wird.

Wenn eine Körperzelle derartigen „Müll“ vor der „Tür“ hat, wird das von den im Körper patrouillierenden T-Killerzellen erkannt, die dadurch eine virusinfizierte Zelle „vermuten“ und die Zelle abtöten, um den „Brand“ im Frühstadium zu löschen.

Auch das Spikeprotein selbst wird dann an der Oberfläche dieser Zellen erscheinen. Wenn Antikörper gegen das Protein vorhanden sind – wie bei jeder Boosterimpfung - werden sie im Verbund mit einer weiteren Waffe des Immunsystems („Komplement“) die Zelle angreifen.

Hierdurch wird also eine im Grunde völlig sinnfreie, höchstgefährliche Kettenreaktion ausgelöst, in deren Folge massenweise gesunde Zellen vom körpereigenen Immunsystem zerstört werden können.

Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen von Gewebsschnitten der im Zusammenhang mit der Impfung Verstorbenen durch die Pathologen Prof. Arne Burkhardt und Prof. Walter Lang, bestätigen eindrucksvoll diese hier beschriebenen, bereits lange vor Beginn der Impfkationen von Prof. Sucharit Bhakdi und Dr. Wolfgang Wodarg aufgestellten Thesen (<https://rumbled.com/vrccvb-covid-impfstoffe-warum-sie-nicht-wirken-und-zwingende-beweise-fr-ihre-rolle.html>).

Burkhardt und Lang konnten an zahlreichen Präparaten zeigen, wie Körperzellen verschiedener Organe von T-Lymphozyten angegriffen und zerstört werden. Es kommt dabei zu wahren „Lymphozyten-Stürmen“ („Lymphozyten-Amok“), sichtbar am massenhaften Auftreten von Rundzellen (T-Lymphozyten) in und um die kleinen Gefäße unterschiedlicher Organe. Solche autoimmunen Prozesse wurden regelmäßig in Herz und Lunge festgestellt, unabhängig vom Alter (28-90 Jahre) und Geschlecht der Verstorbenen, deren Tod in keinem Fall von Ärzten oder Behörden in einen Zusammenhang mit der Impfung gebracht wurde. Ähnliche Entzündungen der kleinen Gefäße und lymphozytäre z.T. knotige Infiltrate (Lymphozytose) wurden verstreut in weiteren nicht lymphatischen Organen (Leber, Gehirn, Speicheldrüsen, Schilddrüse, Haut, Fett-Bindegewebe, Muskulatur u.a.) gesichtet.

Langfristig besonders alarmierend ist der Befund, dass in 6 von 25 Fällen Texturstörungen der Körperhautschlagader und mittelgroßer bis kleiner arterieller Gefäße gefunden wurden (zweimal mit Thrombenbildung). Diese manifestieren sich als Zerstörung elastischer Lamellen, Dissektion (Aufsplitterung) der Gefäßwände bis hin zur Ruptur (Zerreißen), einhergehend mit entzündlichen Veränderungen (Mesaortitis/Mesarteriitis), meist auch mit Entzündung in der Umgebung (Perivaskulitis). Auf diesem Boden entstehen dann Thromben und Gefäßverschlüsse, in einem Fall in der Herzkranzarterie mit konsekutivem Herzinfarkt zusätzlich zu der bereits bestehenden Myokarditis. Derartige Gefäßveränderungen sind ansonsten insgesamt sehr selten. Man beobachtet sie bei einigen anderen Infektionskrankheiten aber auch bei Vergiftungen.

Nach ersten Befunden lässt sich sowohl in den Gefäßinnenschichten (insbesondere Endothel) und in den texturgestörten tieferen Gefäßwandschichten Spike-Protein nachweisen, wodurch ein kausaler Zusammenhang zwischen der toxischen Wirkung des Spike-Proteins und den dokumentierten Gewebe- und Zellschäden in höchstem Maße wahrscheinlich ist.

Das Herz war erschreckend häufig betroffen. In einem Mausmodell erzeugen Covid-19 mRNA-Impfstoffe Myokarditis [30]. Myokarditis wird inzwischen bei jungen Männern unter 20 mit einer um den Faktor 13,6 größeren Häufung unter Geimpften im Vergleich zur Hintergrundinzidenz beobachtet [31]. Das Risiko steigt bei einer weiteren Impfung an [24]. Das venöse Blut sammelt sich im rechten Herzvorhof, wo gleich unter der Herzhinnenhaut der Herzschriftmacher (Sinusknoten) liegt.

Schädigt eine Myokarditis den Sinusknoten oder das Reizleitungssystem des Herzens, kann dies zu rhythmogener Bewusstlosigkeit (Synkope) führen. Die Schädigung anderer Herzmuskelzellen kann insbesondere unter physischer Belastung (Sympathikotonie) Kammertachykardie oder Kammerflimmern

auslösen mit konsekutivem plötzlichem Herztod, was nach den „COVID-Impfungen“ in zunehmender Anzahl bei jungen Leistungssportlern beschrieben wird. Auch eine nicht tödlich verlaufende Myokarditis wird mittel- und längerfristig Folgen haben, weil Herzmuskelzellen wie Nervenzellen nicht ersetzt werden können. Auch wenn die meisten Myokarditisfälle bei Jugendlichen verheilen [32], so bleiben doch Narben zurück und Langzeitbeobachtungen zeigen, dass nach 10 Jahren ca. 40% aller beobachteten Myokarditispatienten nach einer bioptisch bestätigten viralen Myokarditis versterben [33].

Der Verdacht, dass das durch die „Impfung“ gegen Covid-19 im Körper gebildete Spike-Protein für die pathologisch festgestellten Entzündungen und Läsionen von Gefäßen verantwortlich sein könnte, konnte jetzt erstmals immunhistologisch bestätigt werden.

Den Pathologen Prof. Arne Burkhardt und Prof. Walter Lang ist es mit ihrem Team gelungen, das Impf-Spike-Protein in den Gefäßen einer 4 Monate nach der „Impfung“ verstorbenen Person, bei der Gefäßläsionen und auch eine impfinduzierte Myokarditis vorlagen, sicher nachzuweisen. Der Nachweis ist gelungen durch einen für das Spike-Protein spezifischen Antikörper mittels konventioneller Immunhistochemie auf den Gewebeschnitten.

Die geschilderte Nachweismethode kann auf alle Organ- und Zellschäden übertragen werden, bei denen sich auffällige pathologische Befunde nach „Impfung“ gegen Covid-19 zeigen. Daraus folgt auch: Aus ethischen, rechtsstaatlichen und wissenschaftlichen Gründen müssen ab sofort alle histopathologischen Untersuchungen im Zusammenhang mit Schäden aufgrund einer „Impfung“ gegen Covid-19 um diese Methode ergänzt werden.

Das gehäufte Auftreten oder die Aktivierung von Autoimmunkrankheiten, also ein Angriff auf körpereigenen Zellen und Gewebe – wie Entzündungen der Schilddrüse (M. Hashimoto), Speicheldrüsen (M. Sjögren) und der Lunge - offenbar endogen-allergischen Alveolitis – und letztlich Erkrankungen des rheumatischen Spektrums, sind ebenfalls bedenklich. Bestehende Autoimmunerkrankungen sollten als Impfkongtraindikation gelten. Sie werden aber weder in den Aufklärungserklärungen genannt noch bei den Massenimpfungen abgefragt.

Diese komplexen Schädigungsmuster auch bei vorbestehenden Krankheiten lassen es als unverantwortlich erscheinen, Aufklärung und Impfung in die Hände von Nicht-Medizinern (Apotheker, Tiermediziner etc.) zu legen, wie dies geplant ist oder bereits geschieht.

Die derzeitige unqualifizierte Massen-Impfkampagne mit fragwürdigen Anreizen einerseits und drakonischen Pressionen andererseits, sowie unverantwortlichen Zeitvorgaben (typische Schlagzeile: „Über 500 Impfungen in 8 Stunden: Das schreit nach Wiederholung“, GEA Reutlingen 13.12.2021) machen einen hochverantwortungsvollen, potenziell tödlichen medizinischen Eingriff zu einer menschenunwürdigen paraolympischen Disziplin.

Gleichzeitig gibt es zunehmend zwingende Indizien für bislang nie dagewesene Impfschäden. Die dargestellten Krankheitsmechanismen erklären das massive Ansteigen von schweren Impfnebenwirkungen und Todesfällen um mindestens ca. den Faktor 30 im Vergleich zu traditionellen Impfungen anderer Art (siehe Abbildungen 1 und 2 weiter unten nächster Abschnitt). Diese Zahl wird wohl noch massiv unterschätzt, weil auch durch die erschwerten Meldebedingungen offenbar nur 1% bis 10 % der Schäden registriert werden. Empirische Studien zeigen längst, dass die wirkliche Auftretenshäufigkeit von Nebenwirkungen von passiven Meldesystemen wie den Nebenwirkungsdatenbanken um 45% bis zu 99% unterschätzt werden. [34-37]

Bisher kaum beachtet ist auch die Rolle von direkt in den Kreislauf gebrachten Impfstoff-Bestandteilen, was aufgrund von Erfahrungswerten bei Injektionen ohne Aspiration in etwa 5% der Impfungen

der Fall ist. Die WHO und die deutsche Impfkommision STIKO hatten im Jahre 2016 eine Aspiration bei intramuskulärer Injektion für verzichtbar erklärt, weil die Gefäße in den betreffenden Muskeln zu klein für ein Treffen mit der Injektionsnadel wären. Diese Aussage ist für Erwachsene falsch. Die Gefäße im Musculus deltoideus messen teilweise nachweislich über 1 mm im Innen-Durchmesser (Messungen an postmortal entnommenen Präparaten von Professor Burkhardt und Lang), die verwendeten Impfnadeln haben 0,4 bis 0,6 mm im Außen-Durchmesser.

Hierdurch wird das direkte Einbringen und Zirkulieren von Mikro-Partikeln in Lymph- und Blutbahn ermöglicht. Die deutlich kleineren Nano-Partikel können sich im Körper und bei Wärme zu größeren Komplexen verbinden. Bei einem Verschmelzen von Partikeln erst nach der Injektion im Körper wäre auch das Argument hinfällig, dass die in den Gefäßen gefundenen Partikel nicht durch die Injektionsnadeln gepasst hätten. Beide – Mikro- und Nanopartikel - können somit Mikro- oder sogar Makro-Fremdkörper-Infarkte induzieren, wie sie nach Knochenbrüchen als Fett- und Knochenmarks Embolien gefürchtet sind.

Burkhardt und Lang fanden bei 5 von 25 nach Impfung Verstorbenen in Blutgefäßen unidentifizierte Fremdkörper (zweimal in der Milz, zweimal in der Lunge, einmal im Muskel), die auch von mehreren anderen Pathologen bisher noch nie gesehen wurden.

Diese Fremdkörper in Gefäßen können einen wesentlichen Beitrag in einem multifaktoriellen Sterbe-Geschehen spielen.

Zusätzliche Gefahren durch Struktur-Veränderung an der mRNA

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt an den neuartigen, gentechnischen Immunisierungsversuchen sind die massiven Veränderungen an der verwendeten mRNA. Damit soll u.a. erreicht werden, dass diese nicht so schnell in den Zielzellen abgebaut wird. [38] Die mRNA kann also wesentlich länger und öfter von den Ribosomen abgelesen werden, was zu einer vermehrten und anhaltenden Spike-protein-Produktion beiträgt.

Hierzu wurde neben Veränderungen der mRNA-Enden durch sogenannte „Caps“ als entscheidender Schritt an allen Stellen der mRNA die Base Uracil „U“ gegen Pseudo-Uracil „Ψ“ ausgetauscht. Das Produkt ist eine technisch optimierte sogenannte „Nukleosid modifizierte RNA“ (modRNA), die in der Natur so nicht vorkommt [39].

Diese Pseudo-Uracil-haltige modifizierte modRNA ist um ein Vielfaches stabiler als die naturidentische mRNA Variante. Weil modRNA schlechter abgebaut wird, kann sie in den Zielzellen besonders effektiv und lange das Spike Protein bilden [39]. Außerdem wird die Immunantwort moduliert und zwar dadurch, dass in den dendritischen Zellen die sog. „Toll-Like Rezeptoren 7 und 8“, die eine sehr wichtige Rolle bei der Aktivierung unseres angeborenen Immunsystems spielen, durch modRNA ausgeschaltet werden [40, 41]. Die dendritischen Zellen sind Immunzellen mit vielen Dendriten, also „Fortsätzen“ (siehe oben). Ihre Funktion ist die Antigenerkennung und Antigenpräsentation vorher als fremdartig erkannter und intrazellulär aufgenommener Strukturen wie z. B. Mikroorganismen und deren Bestandteile [42]. Sie sind also „Wachposten“ des angeborenen Immunsystems, die bei Anwesenheit infektiöser Mikroorganismen, oder auch bei Zellmutationen das adaptive Immunsystem aktivieren. Dieses natürliche Immunsystem ist der wichtigste Teil unseres Immunsystems, weil es sehr rasch und vor allem unspezifisch alle fremdartigen Substanzen erkennt und ausschaltet. Die verwendete künstliche mRNA programmiert also das natürliche Immunsystem zumindest temporär um [40]. Dieses Abschalten der natürlichen, angeborenen Immunreaktion ist ein notwendiges immunologisches Wirkprinzip dieser neuartigen Interventionen, damit die modRNA überhaupt in die Zellen gelangen und dort tätig werden kann. Damit wird einerseits die Aktivierung des Immunsystems zur Bekämpfung von Infekten

und andererseits die zur Krebsabwehr so wichtige Erkennung und Zerstörung von bösartigen Zell-Mutationen geschwächt. Dass die dendritischen Zellen gezielt mit der modRNA modifiziert werden sollen, beschreibt U. Sahin in einem Interview (<https://www.diepresse.com/5861311/teil-des-covid-19-impfstoffes-konnte-aus-osterreich-kommen>; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121745/Biontech-Nanopartikel-sind-schwieriger-herzustellen-als-mRNA>; <https://orf.at/stories/3193977/> alle Zugriffe am 16.1.2021). In einer Fachpublikation bezeichnet er die Schwächung der dendritischen Zellen durch modRNA-Folge dann auch als „de-immunization“ [39].

Die durch selbstzerstörerische (autoimmune) Reaktionen verbrauchten T-Lymphozyten und die durch die „Bruder- und Schwesternkämpfe“ in den Lymphknoten (nach Transfektion mit der modRNA und darauffolgender Spikeprotein-Bildung) getöteten T-Lymphozyten fehlen beim „In-Schach-Halten“ von latenten Virusinfektionen (Herpes-, Epstein-Barr-, Zytomegalie-Viren) und auch bei der für die Krebsabwehr wichtigen Erkennung von entarteten Körperzellen. Das wiederum erklärt die nach „COVID-Impfung“ gehäuft beobachteten Reinfektionen mit Pfeifferschem Drüsenfieber und Gürtelrose, sowie das gehäufte Auftreten von schnell-wachsenden bösartigen Tumoren, oder von Krebs-Rezidiven.

Auf häufig angeführte Verunreinigungen der Impfstoffe mit gesundheitsgefährdenden Substanzen möchten wir in diesem Schreiben bewusst nicht eingehen [43], weil allein schon das biologische Wirkprinzip dieser „Impfstoffe“, wie beschrieben, Anlass zu ausreichender Kritik gibt.

In einem als „Haftungsinformation“ deklarierten Schreiben an alle Ärzte sind weitere wissenschaftliche Belege, die gegen die „COVID-Impfung“ sprechen aufgeführt. (<https://www.mwgfd.de/2021/11/auf-ruf-zur-verteilung-dieses-mwgfd-d4ce-und-aefa-informationsschreibens-haftungsbescheid-an-aerztinnen-und-aerzte-sowie-behoerdenleiter/> Zugriff am 23.1.2022)

Wie sind die jetzt auf den Markt kommenden sog. „Totimpfstoffe“ zu bewerten?

Genau genommen entsprechen Vektor- und mRNA-Injektionsstoffe gar nicht der traditionellen Definition einer Impfung. Unterschiede zeigen sich in folgenden Bereichen:

- die Antigenmenge, die nach der Injektion gebildet wird, ist nicht quantifizierbar, bei Tot-Impfstoffen ist sie exakt definiert
- die Zellen, die in den Immunisierungsprozess involviert sind, sind bei klassischen Impfungen klar definiert; mRNA kann jedoch von unterschiedlichsten Zellen aufgenommen werden
- toxische Wirkungen des Impfantigens können bei klassischen Impfungen ausgeschlossen werden; das Spike-Protein und Nanopartikel sind jedoch erwiesenermaßen toxisch
- eine Wirkung auf die Erbsubstanz betroffener Zellen kann bei herkömmlichen Totimpfstoffen ausgeschlossen werden; bei den mRNA-Impfungen wurden keine entsprechenden Vorstudien gemacht, die eine solche Wirkung ausschließen würden.

Traditionell waren Totimpfstoffe all jene, die nicht zu den Lebendimpfstoffen zu rechnen sind und sich als eingebrachte Partikel nicht vermehren können. Hierbei wurden großzügig all jene Substanzen mit immunologisch wirksamen Inhaltsstoffen zusammengefasst, die in der Lage sind, die Bildung spezifische Abwehrstoffe gegen Infektionserreger oder deren Toxine zu bilden. Dafür finden abgetötete Krankheitserreger, Teile von deren Oberflächenstruktur, synthetisch hergestellte inaktivierte Partikel bis hin zu einzelnen Proteinen Anwendung.

Bei Totimpfstoffen gegen SARS-CoV2 scheiden all jene kritischen Aspekte, die auf den Gehalt genetischer Inhaltsstoffe zurückzuführen sind, aus. Weltweit sind unterschiedlichste Formulierungen in Verwendung, so unter anderem in Indien, China, den USA und mit dem reinen rekombinanten Prote-

in von Prof. Stöcker / Lübeck auch in Deutschland. Hier sollen aber nur jene von Novavax und Valneva kurz besprochen werden, da diese bereits verfügbar sind bzw. vermutlich binnen verhältnismäßig kurzer Frist verfügbar sein werden:

Novavax arbeitet mit einem synthetischen Spikeprotein, das von Insekten hergestellt wird. Allerdings enthält dieser Impfstoff u.a. auch Nanopartikel, die grundsätzlich toxisch sein können (siehe oben). Die Anwendung ist für Personen im Alter über 18 Jahren vorgesehen, das Impfschema besteht aus zwei Injektionen im Abstand von 3 Wochen. Im Beipacktext ist als Studienprotokoll „observer blinded“ vermerkt (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/nuvaxovid-epar-product-information_en.pdf Zugriff am 23.1.2022). Die Beobachtung von Nebenwirkungen umfasst einen Zeitraum von (maximal) 70 Tagen. Als Auffälligkeit wurde eine Blutdruckerhöhung innerhalb von 3 Tagen nach der Injektion bei älteren Studienteilnehmern vermerkt.

Der Impfstoff der Firma Valneva verwendet dagegen ganze inaktivierte SARS-CoV2, was aus immunologischer Sicht grundsätzlich als günstiger zu bewerten wäre, da die ausgebildete Immunität zwar dominant, aber nicht nur gegen das (mutationsfreudige) Spikeprotein gerichtet ist, d.h. auch eine zufriedenstellende Wirkung gegen manche weiteren Mutationen zu erhoffen wäre. Allerdings findet sich in diesem Impfstoff eine einsträngige DNA, nämlich CpG-Oligonukleotid als Wirkstoffverstärker, das den TLR9 Rezeptor stimuliert stimuliert. Dies ist ein Molekül mit dem es bisher auch nur eingeschränkte Erfahrungen gib. Es wird sonst nur in einem 2021 zugelassenen Impfstoff gegen Hepatitis B verwendet. Dieser Impfstoff befindet sich gerade im Zulassungsverfahren. Es werden zwei Dosen im Abstand von 4 Wochen verabreicht, eine Phase 3 Studie erfolgte im Modus „observer blinded“ (<https://valneva.com/press-release/valneva-initiates-phase-3-clinical-trial-for-its-inactivated-adjuvanted-covid-19-vaccine-candidate-vla2001/> Zugriff am 23.1.2022)

Beide Impfstoffe zielen (u.a.) wie auch die beschriebenen Spike-Stoffe auf die Bildung von Antikörpern gegen Spike-Protein ab. Unseres Wissens wird allerdings für alle Produkte nach wie vor das Spike-Protein der ursprünglichen Wuhan-Typs des SARS-CoV2 verwendet, also eines Erregers, der schon längere Zeit nicht mehr zirkuliert, also epidemiologisch keinen Stellenwert mehr hat. Die Bildung von Abwehrstoffen gegen das Spike-Protein könnte aber auch bei den Totimpfstoffen Teil des Problems sein, da somit auch hier mangels Beobachtungszeit und verfügbarer Datensätze eine überschießende Immunreaktion (antibody dependent enhancement / ADE) wie auch eine Autoimmunkrankheit nicht ausgeschlossen werden können. Auch für diese in Studien-Phase3 befindlichen Substanzen liegen also noch keine abschließenden Studienergebnisse vor.

Eine Analyse der Übersterblichkeit des Jahres 2021 zeigt einen engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Covid-19 Impfungen und Mortalität in Deutschland und anderswo

Im Jahre 2021 hatten die Covid-19 „Impfungen“ ca. 80% der Bevölkerung und mehr als 87% der Risikogruppen erreicht. Dennoch herrschte in diesem Jahr eine besondere Übersterblichkeit gegenüber dem Vorjahr und den fünf vorausgehenden Jahren. Eine sorgfältige Analyse von Prof. Christof Kuhbandner zeigt einen sehr starken zeitlichen Zusammenhang dieses Mortalitätsanstieges mit den ersten, zweiten und dritten Impfwellen. [44] Die Arbeit ist noch nicht abgeschlossen, aber ein erstes Manuskript ist mitsamt allen Daten auf der Plattform der Open Science Foundation (<https://osf.io/5gu8a/> Zugriff am 24.1.2022) erreichbar. Die Analysen zeigen eine Korrelation in der Größenordnung von $r = .80$, und verschiedene Sensitivitätsanalysen legen nahe, dass dieser Zusammenhang kein Artefakt ist und wohl kaum auf versteckte Drittvariablen zurückzuführen ist. Daher ist der Schluß plausibel: die Übersterblichkeit des Jahres 2021 ist möglicherweise eine direkte Folge der Covid-19 Impfungen. Die Impfungen scheinen also weniger sicher zu sein als gewünscht. Prof. Kuhbandner zeigt in seiner Analyse auch, dass dieses Phänomen in anderen Ländern ebenso beobachtet wird und

warum die Sicherheitsberichte des Paul-Ehrlich Institutes kein Signal erkennen lassen. Verwendet man die berichteten Daten und das Wissen darum, dass solche passiven Meldesysteme eine starke Unterschätzung der gemeldeten Fallzahlen aufweisen [45], dann, so Kuhbandner, können wir davon ausgehen, dass etwa 38.000 Menschen aufgrund der Impfungen in Deutschland zu Tode gekommen sind. Diese Analyse legt nahe, dass die Impfkampagne gestoppt werden und ein aktives Sicherheits- und Wirksamkeitsmonitoring eingesetzt werden muss, wie manche von uns schon im Sommer gefordert haben [46].

Sie zeigt auf jeden Fall, dass eine Impfpflicht nicht nur medizinisch, sondern auch wissenschaftlich kaum begründbar ist, und zwar weil die Impfung nicht wirksam genug und vor allem nicht sicher genug ist.

Eine Impfpflicht ist verfassungsrechtlich nicht haltbar

Bevor wir überhaupt über eine Impfpflicht – sei es allgemein, sei es einrichtungsbezogen – diskutieren, muss sich der Staat, der die Impfpflicht einführen will, darüber Gedanken machen, welchen Zweck er mit der Einführung einer solchen Pflicht verfolgen will: Eigenschutz? Fremdschutz? Schutz der Gesundheitssysteme? An dieser Zielsetzung ist dann die Prüfung auszurichten, ob eine Impfpflicht geeignet, erforderlich und angemessen ist. Um dies auszuloten, muss evidenzbasiert ermittelt werden, ob die Impfung notwendig, sicher und wirksam ist.

An der Wirksamkeit der COVID-Impfstoffe bestehen erhebliche Zweifel. Denn eine COVID-Impfung erzeugt keine „sterile Immunität“. Geimpfte können also nach wie vor erkranken, eine ähnlich hohe Viruslast in sich tragen wie Ungeimpfte und dadurch auch das Virus weitergeben. Damit ist zugleich impliziert, dass eine Impfpflicht zum Fremdschutz bereits im Ansatz nicht eingeführt werden darf. Denn wer sich einen der zugelassenen COVID-Impfstoffe verabreichen lässt, kann andere Menschen nicht vor einer Infektion mit SARS CoV-2 schützen. Bisher existiert zudem noch keine einzige wissenschaftliche Studie, die den Nachweis erbracht hat, dass – egal welche Erkrankung betreffend – von Ungeimpften eine Gefährdung für Geimpfte ausgeht. Die Impfpflicht wäre also nicht einmal ein geeignetes Mittel, um das Ziel des Fremdschutzes zu erfüllen.

Eine Impfpflicht zum Eigenschutz des Verpflichteten ist bereits im Ansatz problematisch, weil das Individuum in erster Linie selbst für den Schutz seiner Gesundheit verantwortlich ist. Die Wahrnehmung dieser Verantwortung ist Teil des Aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 resultierenden Rechts auf körperliche Unversehrtheit und darf daher vom Staat allenfalls unter sehr engen Voraussetzungen (quasi treuhänderisch) für das Individuum wahrgenommen werden. Ganz abgesehen davon ist eine Impfpflicht zum Eigenschutz aber auch medizinisch nicht begründbar.

Ein ganz besonderes Augenmerk gilt dem Aspekt der Sicherheit der Impfstoffe. Wenn von der Impfung lebensgefährliche Nebenwirkungen ausgehen können, hat eine Impfpflicht im Koordinatensystem des Grundgesetzes bereits im Ansatz keinen Platz. Wie nämlich das BVerfG mit Urteil vom 15.2.2006 – 1 BvR 357/05 (Luftsicherheitsurteil) ausgesprochen hat, darf der Staat nicht Leben opfern, um Leben zu retten. Nun erweisen sich aber gerade die Impfnebenwirkungen als besonders wunder Punkt. Für eine erschreckende Zunahme schwerer Impfkomplicationen sprechen selbst die amtlichen Daten. Weil zudem auch SARS-CoV-2 den Gesetzen der Evolution untersteht und deshalb zwar immer ansteckender aber immer weniger gefährlich wird, verschlechtert sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis der „COVID-Impfstoffe“ immer noch mehr.

Für einen angeblichen Schutz gegen „schwere Verläufe“ fehlen valide Studien. Keine der Zulassungsstudien hatte einen klinisch relevanten primären Endpunkt wie etwa Mortalität, Hospitalisierung oder Intensivpflegebedarf [47]. Zudem wurde für den klinisch und gesellschaftlich irrelevanten pri-

mären Wirksamkeitsendpunkt „Verhinderung einer bestätigten COVID-19-Erkrankung“, wo mehrheitlich leichte Krankheitsverläufe erfasst wurden, nicht die absolute Risikoreduktion um etwa 1% ausgewiesen, sondern dessen relative Risikoreduktion um etwa 95% [48]. Dies wurde verschiedentlich moniert (https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/2021-07-08_offener_brief_an_swissmedic_sofortige_sistung_covid-19_impfstoffe_webversion-2.pdf ; <https://doctors4covidethics.org/letters/doctorsforcovidethics-letters/> Zugriff am 16.1.2022).

Für eine erschreckende Zunahme schwerer Impfkomplicationen sprechen selbst die amtlichen Daten. Ein weiteres gewichtiges Gegenargument gegen eine verpflichtende Impfung ist darüber hinaus dadurch gegeben, dass noch keine einzige wissenschaftliche Studie jemals bewiesen hat, dass - egal welche Erkrankung betreffend - von Ungeimpften eine Gefährdung für Geimpfte ausgeht. Solches wird allenfalls von Modellierungen nahegelegt. Eine Impfpflicht ist mit dem in Art 2.2 des Grundgesetzes jedem zugesicherten Recht auf körperliche Unversehrtheit in keiner Weise vereinbar.

Mit diesem Thema haben sich auch kompetente Juristen des „Netzwerkes KRiStA – Kritische Richter und Staatsanwälte“ KRiStA – Netzwerk Kritische Richter und Staatsanwälte n.e.V. – KRiStA – Netzwerk Kritische Richter und Staatsanwälte n.e.V. (netzwerkkrista.de) auseinandergesetzt und den im Folgenden abschnittsweise zitierten Text erarbeitet.

(Impfnebenwirkungen und Menschenwürde – Warum eine Impfpflicht gegen Art. 1 Abs. 1 GG verstößt – KRiStA – Netzwerk Kritische Richter und Staatsanwälte n.e.V. (netzwerkkrista.de))

„Die COVID-19-Impfstoffe sprengen bei den Nebenwirkungen den Rahmen alles bei Impfstoffen bisher Bekannten. Der Vergleich der Verdachtsmeldungen mit herkömmlichen Impfstoffen fällt dramatisch aus, wie diese Gegenüberstellung zeigt:

	ALLE Impfstoffe (1.1.2000 - 31.12.2020)	COVID-19 Impfstoffe (bis 30.09.2021)	Faktor "COVID-19" zu "ALLE"
Impfdosen	772.676.478*	107.888.714	
Verdachtsfälle gesamt	54.488 (0,007%)	172.188 (0,16%)	22,9
schwerwiegende Verdachtsfälle	24.438 (0,003%)	21.054 (0,0195%)	6,5
Verdachtsfälle Todesfälle	456 (0,00006%)	1.802 (0,0017%)	28,3

* 625.500.000 (2003-2019 ergibt Ø 36.794.118 pro Jahr; nicht demographie bereinigt;) + 4-mal Ø Wert für 2000-2002 & 2020

Abbildung 1 – Nebenwirkungen (Verdachtsfälle, schwerwiegende Verdachtsfälle und Todesfälle bei allen Impfstoffen während der letzten 20 Jahre und den Covid-19 Impfstoffen von Januar 2021 bis Ende September 2021 - Quellen: Statista:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/467046/umfrage/impfstoffverbrauch-in-deutschland/>, PEI Sicherheitsbericht: <https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-09-21.pdf>, PEI Datenbank: <https://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/uaw-datenbank/uaw-datenbank-node.html#UAWDB>; Grafik abrufbar unter: <https://corona-reframed.de/#immunitaet>

Visualisiert stellt sich das wie folgt dar:

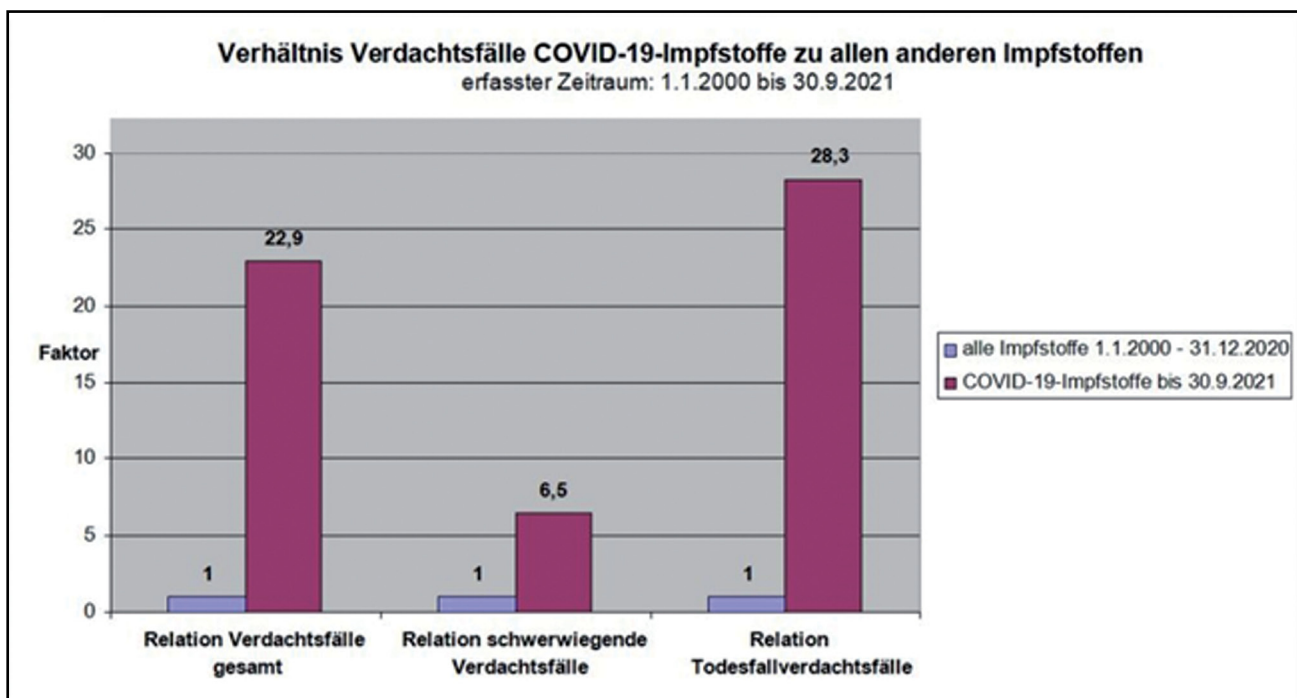


Abbildung 2 – Visualisierung der Zahlen aus Abbildung 1

Man muss bedenken: die um den Faktor 28 erhöhte Zahl der Todesverdachtsfälle betreffen ein knappes Jahr Beobachtungszeit. Der Vergleichszeitraum der anderen Impfstoffe (blauer Balken zur Normierung) betrifft 20 Jahre. Rechnet man diese Zeit um, **dann erzeugen die COVID-19 „Impfstoffe“ um den Faktor 460 mehr Verdachtsfälle und um den Faktor 560 mehr Todesfälle als alle anderen Impfungen.**

*„Was bedeutet das nun alles für die verfassungsrechtliche Argumentation? Eine Impfpflicht wird – da sie eine genügend große Anzahl Menschen erfassen wird – zwangsläufig zu Todesfällen unter Menschen führen, die sich nur aufgrund der Impfpflicht impfen lassen und sonst weder durch die Impfung, noch durch die Erkrankung ein Risiko gehabt hätten schwer zu erkranken oder gar zu versterben. Verantwortlich für diese Todesfälle ist der Staat, der die Impfpflicht angeordnet hat und all jene, die zu einer solchen Impfpflicht aufgerufen haben. Um es klar zu sagen: **Mit einer Impfpflicht tötet der Staat vorsätzlich unschuldige Menschen.** Dies ist mit dem Recht auf Leben nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG nicht vereinbar. **Art. 1 Abs. 1 GG verbietet es, den Menschen zum bloßen Objekt des Staates zu machen. Genau dies passiert aber, wenn Menschen durch eine Impfpflicht getötet werden, der Staat behandelt sie in diesem Fall als bloße Objekte zum Schutz anderer.**“ (...)*

„Da der Tod von unschuldigen Menschen zwangsläufige Folge einer Impfpflicht sein wird, sollte verfassungsrechtlich danach an sich Einigkeit bestehen, dass die Impfpflicht gegen das Recht auf Leben in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie verstößt. Und selbst wenn es zu keinen Todesfällen käme, sondern „nur“ zu schwerwiegenden, bleibenden gesundheitlichen Schädigungen und Behinderungen, die ausweislich des Sicherheitsberichtes des Paul-Ehrlich-Instituts in erheblicher Zahl auftreten, ließe sich mit guten Gründen eine Verletzung der Menschenwürde der betroffenen Menschen vertreten, denn auch wenn Menschen „nur“ schwerwiegende gesundheitliche Schäden zugefügt werden, um andere vor Erkrankung oder Tod zu schützen, werden sie zu Objekten staatlichen Handelns gemacht.“

„Das hier Gesagte gilt auch nicht nur für eine allgemeine Impfpflicht, sondern auch für die jetzt gesetzlich beschlossene Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen (§ 20a Infektionsschutzgesetz). Der/Die Einzelne kann sich dieser Impfpflicht zwar durch die Aufgabe seines Berufes entziehen (während man der allgemeinen Impfpflicht nur durch Auswanderung oder Suizid entkommen kann), entscheidet er/sie sich aber für den Verbleib im Beruf und für die Impfung, ist die Impfung deshalb doch keine freie Entscheidung im Rechtssinne. Sie ist unter Androhung eines empfindlichen Übels (Arbeitsverlust!) vom Staat abgenötigt worden. Der Staat bleibt danach verantwortlich für die Folgen der Impfung.

Bleibt die dringende Hoffnung, dass das Bundesverfassungsgericht, wenn es über die Verfassungsmäßigkeit der Impfpflicht entscheiden wird, an der Realität der schweren Impfnebenwirkungen und Impftodesfälle nicht vorbeikommen wird, wie es in der bisherigen Diskussion der Verfassungsrechtler vielen noch gelungen ist. Ansonsten ist prinzipiell alles möglich.“

Die Impfpflicht bricht auch mit einer ethischen Tradition, die durch die Nürnberger Prozesse eingeführt worden ist. Sie besagt, dass das Wohl des Staates oder der Gemeinschaft nicht eine Einschränkung der Unversehrtheit von Einzelnen rechtfertigt. Insbesondere dürfen keine Versuche am Menschen vorgenommen werden, ohne dass diese es wissen und zustimmen können. Eine Impfpflicht, insbesondere mit einem Stoff, dessen Langzeitwirkungen und -nebenwirkungen nicht bekannt sind, ist aber genau ein solcher Menschenversuch.

Die Begründungsstruktur für eine Impfpflicht ist brüchig: Die Unausweichlichkeit und die allgemeine Bedrohungslage

Diese Situation ist entstanden, weil Öffentlichkeit und Politik, getrieben von medialer Aufbereitung das Narrativ eines Killervirus verbreitet haben, gegen das wir keine Immunität hätten, gegen das wir uns durch nichts schützen könnten und daher nur durch ein Impfprogramm geschützt werden. Jede dieser Voraussetzungen ist sachlich falsch und mittlerweile klar widerlegt. [49]

SARS-CoV2 ist kein Killervirus

SARS-CoV2 ist zwar neu, aber es ist kein Killervirus. Die Modellrechnungen, die am Anfang die Politik informierten und seither das Denken bestimmen [50, 51], haben sich rasch als unbrauchbar erwiesen. Sie haben Annahmen gemacht, die sich als nachweislich falsch herausgestellt haben und haben Szenarien errechnet, die sich klarerweise nicht ereignet haben. Trotzdem sind sie nie formell revidiert worden. Ferguson beispielsweise, der das Imperial-College Modell gerechnet hat, das das RKI-Modell maßgeblich beeinflusste, hat sein Modell in Social-Media-Kommentaren revidiert, aber das wurde nie zur Kenntnis genommen [52]. Dass SARS-CoV2 kein Killervirus ist, sieht man an folgender Tatsache: Verschiedene Mortalitätsberechnungen zeigen, dass sich die allgemeine Mortalität in Deutschland in den Jahren 2020 und 2021, also zur Zeit der ersten drei Corona-Wellen, langfristig nicht von anderen Jahren unterscheidet, [49] vor allem dann nicht, wenn man die Vergleichszeitfenster ausreichend lange macht (<https://inskriptionen.de/?p=13632> Zugriff am 10.1.22). Autoren des RKI schreiben zur Bewertung der Mortalität der ersten Corona-Welle [53, S. 148]: *„Compared to previous years, the excess mortality in the spring of 2020 was approximately at the level of the 2019 influenza wave, and the excess mortality in the autumn of 2020 approximately at the level of the 2017/2018 influenza waves.“* Selbst diese Analyse des RKI, die sich alle Mühe gab, die Covid-19 Last in Deutschland dunkel zu malen und dafür von Fachleuten heftig kritisiert wurde [54, 55], muss also zugeben: Im Jahr 2020 hat sich außer einem politischen Trommelfeuer, einem Lockdown und einem großen Medienrummel medizinisch nichts Außergewöhnliches ereignet.

Die Argumentation, dass anderswo doch so große Sterblichkeitsziffern zu sehen seien ist unbrauchbar, um legale Schritte im eigenen Land zu begründen. Die Tatsache, dass in Baltimore extrem viele Menschen durch Mord ums Leben kommen ist kein Grund, um in Berlin hart durchzugreifen. Die Tatsache, dass in Brasilien oder New York viele Menschen mit oder an Covid-19 sterben ist kein Argument, um in unserem Land „Maßnahmen“ einzuführen. Ganz im Gegenteil ist gerade das Faktum, dass die Übersterblichkeit in verschiedenen Ländern unterschiedlich hoch, in manchen gar inexistent ist, der beste Beweis dafür, dass der „Killer“ weniger das überall identische SARS-CoV-2 als vielmehr die in verschiedenen Ländern unterschiedliche paradoxe Reaktion auf dessen Auftreten ist. Denn bei einer wirklichen Pandemie würden sich bevölkerungsstandardisierte Infektions- und Opferzahlen wesentlich weniger unterscheiden als in der SARS-CoV-2-Pandemie. Dass sie sich so stark unterscheiden, ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass es sich nicht um eine wirklich gefährliche Pandemie handelt, sondern um die Verbreitung eines neuen Erregers, der sehr unterschiedliche Verläufe erzeugt und zwar in Interaktion mit der Reaktion der Staaten.

In Deutschland lag, selbst mit dem losen Standard der Johns-Hopkins-University Dashboard Daten gerechnet, 2020 verglichen mit den 5 Jahren zuvor tatsächlich eher eine Unter- als eine Übersterblichkeit vor [56]. Die Case-Fatality Rate, also das Verhältnis von bekannten *Fällen* zu Verstorbenen, ist durchaus etwas höher als bei der Grippe [57]. Das liegt aber zum einen daran, dass nie vorher eine so extensive Zählung von Toten erfolgt ist und nie vorher die Todesursachen so liberal diesem neuen Erreger zugeschrieben wurden. Wer innerhalb von 28 Tagen mit einem positiven RT-PCR-Test an was auch immer verstorben ist, wird als „COVID-Toter“ ausgewiesen. Daher wurde zurecht von einer „Dashboard-Pandemic“ [58] gesprochen: Es war vor allem eine Pandemie des öffentlich sichtbaren Zählens von Fällen, die allein aufgrund biochemischer Tests, und nicht wie sonst aufgrund deren Zusammenschau mit Symptomen und klinischen Befunden definiert wurden. Es war auch eine Pandemie des öffentlichen Sterbens.

Verwendet man die Tatsache, dass viele SARS-CoV2 Infektionen still ablaufen als Basis des Nenners für eine Abschätzung der Infection-Fatality Rate, also des Verhältnisses von Verstorbenen zu insgesamt *Infizierten*, dann ist das Verhältnis etwa dem einer starken Grippewelle vergleichbar [59-63]. COVID-19 unterscheidet sich allenfalls dadurch, dass vor allem sehr alte und multipel Vorerkrankte gefährdet sind und die, die schwer erkranken, hospitalisierungs- und intensivbetreuungspflichtig werden.

Damit soll keinesfalls bagatellisiert werden, dass die Krankheit COVID-19 u.U. sehr schwer verlaufen kann, wenn sie jemand bekommt. Aber es ist keinesfalls richtig, dass alle dieser Infektion schutzlos ausgeliefert sind und die, die sie bekommen, alle schwer krank werden und die, die krank werden größtenteils ins Krankenhaus kommen. Was systematisch übersehen wurde ist die Tatsache, dass ein Großteil der Bevölkerung entweder von Natur aus immun ist bzw. ausreichend viel Immunschutz hat, um nicht schwer zu erkranken.

Die meisten Menschen verfügen über eine gut funktionierende Immunabwehr gegen Coronaviren

Die Modellrechnungen und die politischen Aktionen gingen davon aus, dass 70-80% der Bevölkerung ohne vorher bestehende Immunität wären und daher klinisch infiziert werden würden.

Diese Annahmen sind offensichtlich falsch gewesen. Denn obwohl die Reproduktionsraten des Virus (der R-Wert) zwischen 2 und 3 lagen, war die Prävalenz der Infektion, gemessen mit PCR-Tests, in den betroffenen Gebieten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz nie höher als 8%-15%.

Inzwischen ist bekannt geworden, dass praktisch alle gesunden Menschen über eine gut funktionierende Immunabwehr gegen Coronaviren verfügen, neben einer guten Abwehr gegen viele andere Viren [42]. Der Immunschutz wird im Wesentlichen durch T-Lymphozyten vermittelt, die alle Mitglieder der Coronavirus-Familie aufgrund ihrer Ähnlichkeit erkennen (sog. Kreuzimmunität). (<https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>, Zugriff am 16.1.2022; 146 studies confirm background immunity). Diesem Umstand ist es zu verdanken, dass sich die Infektions-Sterblichkeitsraten von SARS-CoV-2 und der Grippe ähneln [53-57]. Dies bedeutet, dass das „neue“ Coronavirus nicht gefährlicher ist als die Grippe, und viele Menschen sind durch Kreuzimmunität immun [64, 65].

Es war ein tragisches Versäumnis der Politik, ihrer Berater und der Medienlandschaft auf diesen Sachverhalt nicht hinzuweisen.

Es gibt gute Behandlungs- und konventionelle Präventionsmöglichkeiten

Die „COVID-19 Impfungen“ erhielten eine Notzulassung in den USA bzw. eine vorläufige Zulassung nur deswegen so schnell, weil man allgemein davon ausging, dass es keine wirksamen Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten gab. Dies ist falsch. Ohne an dieser Stelle alle Details von Behandlungsmöglichkeiten anzuführen, seien ein paar wichtige Fakten erwähnt:

Bereits am 1. Juli 2020 hatten einige berühmte Internisten und Fachärzte der USA unter Federführung von Peter A. McCullough ein komplexes Behandlungsprotokoll publiziert, das sie in ihrer Praxis anwandten und womit sie guten Erfolg hatten [66]. McCullough ist Kardiologe und gehört mit mehr als 600 peer-reviewten Artikeln zu den meistzitierten Autoren seines Fachs. Das Konzept basiert neben einer sorgfältigen Hygiene auf einer frühzeitigen Gabe von Zinksupplementen, weil Zink die Replikation von Corona- und anderen Viren hemmt. Außerdem ist die Gabe von Hydroxychloroquin, einem sehr lange bekannten und bewährtem Antimalariamittel, das gleichzeitig antiviral wirkt, zusammen mit einem anderen antiviral wirkenden Medikament vorgesehen. Falls sich dadurch die Krankheit nicht eindämmen lässt und eine stärkere Entzündung folgt, werden topisch oder systemisch Kortikosteroide zur Entzündungshemmung verabreicht. Und falls ein Risiko für das Auftreten von Blutgerinnseln besteht, werden frühzeitig Aspirin und andere Gerinnungshemmer gegeben. Mit diesem Protokoll wurden die von diesen Ärzten behandelten Patienten meistens gesund. McCullough und Kollegen argumentieren für frühe ambulante Behandlung zuhause. Dieses Konzept wurde auch von China übernommen, das ja laut eigenem Bekunden die Epidemie rasch in den Griff bekam. Hingegen wurde bei uns und anderswo die Devise ausgegeben, man solle mit einer Behandlung warten, bis sich schwere Symptome zeigen, die eine Einweisung ins Krankenhaus nötig machen.

Der indische Arzt Shankara Chetty aus Südafrika beobachtete, dass bei manchen Patienten die Erkrankung zweiphasig verläuft. Während sie bei den meisten abklingt, wurden bei manchen nach dem 8. Tag Verschlimmerungen beobachtet. Diese dürften auf eine Überreaktion des Immunsystems zurückzuführen sein. Diese Verschlimmerung lässt sich nach Beobachtungen von Dr. Chetty und anderen mit konventionellen, kostengünstigen Antihistaminika oder auch mit Kortikosteroiden wie in McCulloughs Behandlungsprotokoll relativ sicher behandeln.

Eine andere kostengünstige und sichere Behandlungsmöglichkeit stellt Ivermectin dar, ein Parasitenmittel, für dessen Entdeckung 2015 der Medizin Nobelpreis vergeben wurde. Es wirkt auch antiviral. Es wird in Frühbehandlungsprotokollen erfolgreich benutzt, aber auch präventiv und manchmal auch in späteren Phasen eingesetzt. Eine Meta-Analyse über alle Studien zeigt eine signifikante Reduktion von Todesfällen um 62% und bei prophylaktischer Anwendung eine Re-

duktion der Infektionen um 86% [67]. Eine Cochrane-Meta-Analyse kommt auf ähnliche Zahlen, bewertet aber die Sicherheit der Erkenntnis niedriger [68]. Staaten, die Ivermectin frei verfügbar machten und Behandlungskonzepte darauf aufbauten, darunter viele asiatische, südamerikanische und afrikanische Staaten, haben offenkundig deutlich weniger Fälle und Todesfälle aufzuweisen. Eine Studie vergleicht afrikanische Länder, in denen Ivermectin routinemäßig zur Prophylaxe anderer parasitärer Erkrankungen verwendet wird vergleiche sie mit solchen, in denen das nicht der Fall ist. Sie zeigt, dass in den Ländern, in denen Ivermectin verwendet wird, die Mortalität 28% niedriger ist als in denen, in denen es nicht verwendet wird [69]. Hingegen wurde in den USA und vielen Ländern in West-Europa die Verwendung von Ivermectin systematisch und unverständlicherweise scharf reguliert, obwohl es zu den sicheren Arzneien gehört. Das instruktivste Beispiel sind vielleicht die beiden indischen Staaten Uttar Pradesh, der volkreichste indische Staat und Tamil Nadu [70, S. 43ff]. Während sich Tamil Nadu an das westliche Regime hielt und Ivermectin nicht zuließ, wurde es in Uttar Pradesh weit verteilt. In Uttar Pradesh ging die Fallzahl rasch zurück, so dass die Regierung verkündete, man habe die Erkrankung praktisch ausgerottet mit 199 aktiven Fällen und einer Rate von 0,01 % positiven Fälle in einem dicht bevölkerten Staat und einer Durchimpfungsrate von 5,8%. In Tamil Nadu hingegen war kein Rückgang der Fallzahlen und der Morbidität zu beobachten.

Das Gesundheitssystem ist nicht überstrapaziert durch die Infektionslage, sondern allenfalls durch schlechte Gesundheitspolitik

Ein wesentliches Argument für „Maßnahmen“ und Impfungen war immer die Behauptung, dass andernfalls die Kapazitäten des Gesundheitssystems gesprengt werden würden. Dieses Argument ist nachweislich falsch. [49, 71] Denn es verwendet einen schon lange bestehenden Notstand, der mit der Corona-Pandemie wenig zu tun hat, um die COVID-19 Impfpräventionsstrategie zu begründen.

Die Situation der Intensivmedizin war schon einige Jahre prekär, wie eine Umfrage, die im März 2019 publiziert wurde, belegt [72]. Schon immer waren während der winterlichen Grippewellen in manchen Häusern die Intensivkapazitäten überlastet und Patienten wurden in andere Krankenhäuser verlegt, und dies, obwohl Deutschland das Land in Europa mit der größten Intensivbettenkapazität pro Kopf ist [72]. Bereits 2011 wurde darüber geklagt, dass die Situation in den Intensivstationen untragbar sei [73]. Das liegt im Wesentlichen daran, dass die vermeintliche Reform des Gesundheitswesens durch Stellenabbau und Privatisierung zu Mangel an qualifiziertem Personal und damit zu einem Mangel an aktuell zur Verfügung stehenden Intensivbetten geführt hat. Diese Malaise nun in öffentlichen Kampagnen mit „Impfverweigerern“ in Verbindung zu bringen ist politisch fatal und argumentativ perfid. Denn das eine hat mit dem anderen nichts zu tun.

Abgesehen davon ist die Kapazität zu allen Zeiten nie an eine Grenze gestoßen. Dies lässt sich durch einen Blick auf die Webseite <https://intensivstationen.net> leicht verifizieren. Hier wird nämlich tagesaktuell ein Abgleich der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser mit den Meldedaten des RKI vorgenommen. Die Webseite und ihre ausführlichere Begründung [71] zeigt viererlei:

1. Nie gab es eine kritische Grenze, an der keinerlei Reserve mehr vorhanden gewesen wäre.
2. Die an oder mit COVID-19 erkrankten Patienten machen maximal etwa ein Sechstel aller in Intensivpflege befindlichen Patienten aus.
3. Noch im September 2021 sah die Bundesregierung keinerlei Handlungsbedarf, wie eine Antwort auf eine kleine Anfrage belegt.
4. Man erkennt einen Rückgang von Intensivpflegeplätzen durch politisch vorgegebene falsche Anreizsysteme.
5. Viele Intensivpatienten werden fälschlicherweise als COVID-19-Patienten ausgewiesen.

Die Fast-Echtzeit-Überwachung der Intensivpflegebelegung der international renommierten ETH Zürich in der Schweiz demonstriert Punkt 5 eindrücklich. Wir greifen auf Schweizer Daten zurück. Dasselbe ist allerdings auch in Deutschland und in Österreich zu beobachten.

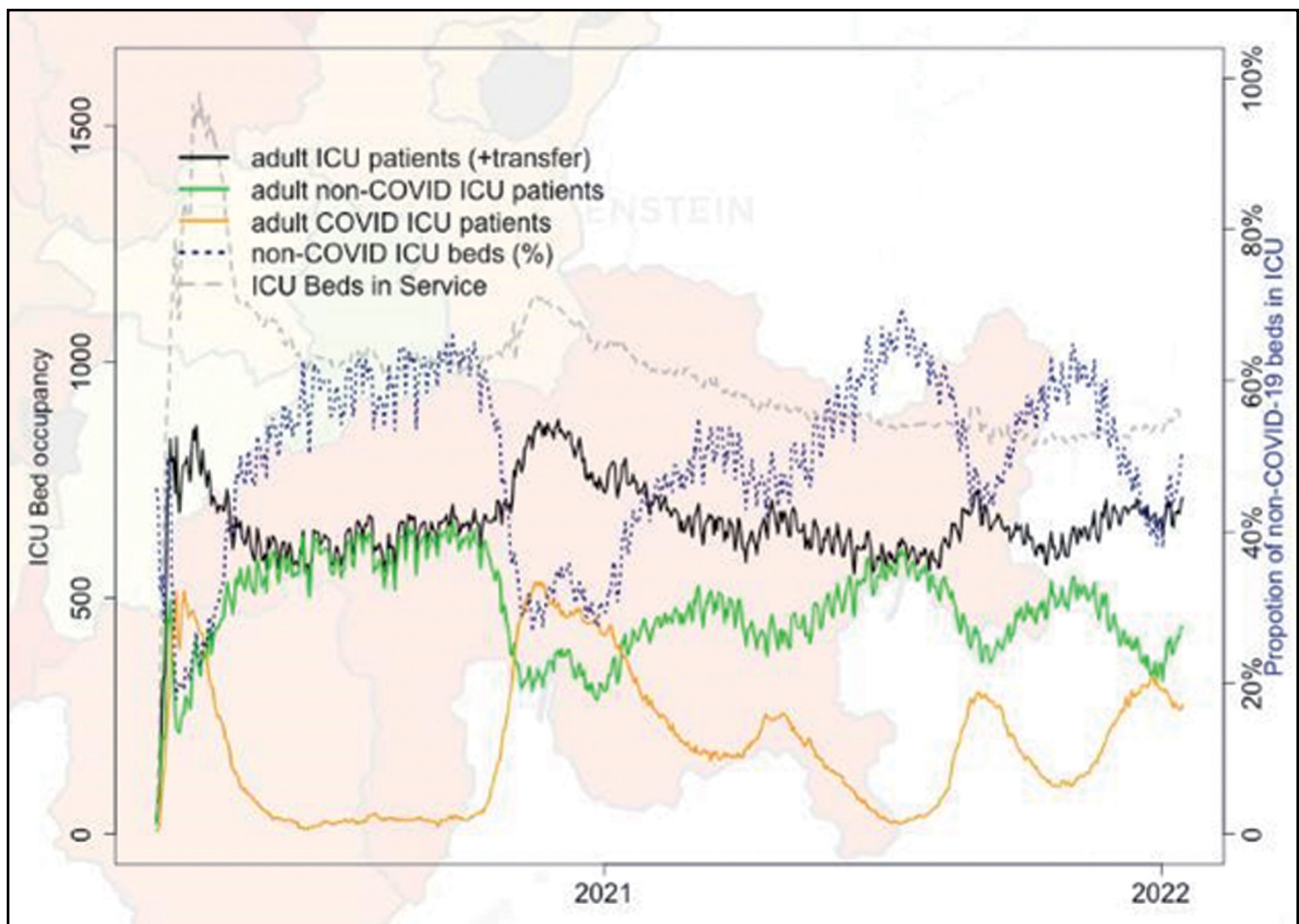


Abbildung 3 – Belegung der Intensivbetten in der Schweiz; (www.icumonitoring.ch, klicken auf «National trends», Stand 15.01.2022)

In jeder angeblichen Welle geschieht dasselbe. Synchron und im fast gleichen Ausmaß zum Ansteigen der Anzahl COVID-Patienten fällt die Anzahl Non-COVID-Patienten in den Intensivstationen ab, obwohl während der gesamten angeblichen Epidemie hohe Reserven an Intensivbetten bestehen. Am Ende jeder angeblichen Welle geschieht dasselbe in umgekehrter Richtung.

Entweder glauben wir, dass eine übernatürliche Instanz im Moment des Eintritts eines COVID-19-Patienten in eine Intensivstation eine nicht notfallmäßige schwere Operation, eine anderweitig bedingte virale Pneumonie, eine bakterielle oder Pilzpneumonie, einen Herzinfarkt, eine Aortendissektion, eine zentrale Lungenembolie, einen Hirnschlag oder einen schweren Unfall mit zahlreichen Schwerverletzten verschiebt. Oder es wird beim Eintritt ins Spital jeder Patient mit dem für diagnostische Zwecke ungeeigneten RT-PCR-Test auf SARS-CoV-2 getestet. Je nach Testresultat wird er der Kurve der COVID-Patienten oder derjenigen der Non-COVID-Patienten zugeteilt.

Es werden also oft andere Diagnosen mit der Fehldiagnose COVID-19 versehen. Dieser Fehler geschieht weniger in den Intensivstationen selbst, als vielmehr bei der Direktmeldung durch die Labore an das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Nach bald zwei Jahren erklären die ersten Leitmedien, dass die Anzahl der durch diesen fundamentalen Fehler ausgewiesenen COVID-Intensivpatienten um etwa 50% zu hoch ist. Aufgrund der fast perfekten Symmetrie der Kurven der COVID- und Non-COVID-Patienten an einer zwischen beiden gelegenen imaginären Spiegelachse, dürfte der Anteil falsch ausgewiesener COVID-19-Patienten in den Intensivstationen noch höher sein.

Zumindest seit April 2020 verändert sich die Gesamtzahl der Intensivpflegepatienten wenig. Dies erklärt auch, weshalb die Intensivstationen in keinem einzigen Land überlastet waren, egal ob es im Verhältnis zur Bevölkerung fast dreimal mehr Intensivbetten, beispielsweise in Deutschland, oder nur etwa halb so viele, beispielsweise in Schweden, gibt wie in der Schweiz.

In der aktuellen sogenannten fünften Welle, der Saison von SARS-CoV-2-21, stiegen die COVID-Patienten wieder an und fielen die Non-COVID-Patienten synchron ab. Die Gesamtzahl der Intensivpflegepatienten nahm weniger stark zu als in der sogenannten zweiten Welle, der Saison von SARS-CoV-2-20. Offensichtlich gibt es in dieser „Grippesaison“ weniger an schweren akuten Atemwegsinfekten erkrankte Patienten, weshalb, anders als in der letzten „Grippesaison“, die Reserven nicht erhöht wurden. Dies ist in erster Linie dadurch bedingt, dass SARS-CoV-2, wie alle anderen respiratorischen Viren, den Gesetzen der Evolution untersteht. Ohne Eingreifen der Menschen setzt sich diejenige Variante durch, die sich am leichtesten verbreitet. Deshalb wird es zwar immer ansteckender aber immer weniger gefährlich. Die Variante Omikron demonstriert dies eindrücklich. Deren Infektion muss nur noch selten früh spezifisch therapiert werden, weil sie nur noch sehr selten zu schweren Verläufen von COVID-19 führt.

Schließlich zeigt der Verlauf der Intensivbettenkapazität (gestrichelte graue Kurve), dass diese während der angeblichen Pandemie eines Killervirus massiv reduziert wurde, in der Schweiz von über 1500 auf unter 900.

Die öffentliche Wahrnehmung einer Bedrohungslage kommt durch selektive Wahrnehmung und Berichterstattung zustande. Dass möglicherweise in anderen Ländern andere Verhältnisse herrschen darf kein Argument dafür sein, in Deutschland, Österreich oder der Schweiz politische Zwangsmaßnahmen zu beschließen.

Eine genauere Analyse der Gesundheitspolitik rund um die Intensivpflege zeigt: Die Anreizsysteme für eine funktionierendes System sind verquer. Sie führen dazu Menschen in Intensivpflege zu nehmen, die dort nicht hingehören, weil dadurch nämlich eine Querfinanzierung von Krankenhausbetten möglich ist. [71] Sie führen auch dazu, dass Menschen mit Covid-19 in eine Überversorgung gebracht werden, die durch Isolation und falsche Intubation möglicherweise mehr Todesfälle verursacht hat, als notwendig gewesen wäre. [49, 74]

Eine rasche Umlenkung von Ressourcen könnte dazu beitragen, dass personelle Engpässe und Abwanderung beim Personal verhindert werden. Dies würde auch den Druck aus dem System nehmen und das Argument, man müsse Impfungen vorantreiben, um eine Überlastung des Systems zu verhindern, obsolet machen. Die Argumentation muss umgedreht werden: **Man muss der Überlastung des Systems durch kluge gesundheitspolitische Maßnahmen zuvorkommen, damit keine unnötigen, unwirksamen und gefährlichen medizinischen Interventionen nötig werden.**

Die Basis für die Dokumentation von Infektionen und Bedrohungen fehlt

Nicht erst seit der Corona-Krise ist zu beobachten, dass die Definition von „Krankheit“ im Wandel begriffen ist: der symptomlose Kranke [75] ist zur Norm geworden. Nicht das Vorhandensein von

Symptomen und klinischen Zeichen definiert den Kranken, sondern ein biochemischer Befund. Ausschlaggebend dafür ist die Behauptung einer großen Zahl von asymptomatischen Übertragungen und daraus abgeleitet die Frühentdeckung möglicherweise infizierter Menschen und ihre Isolation.

Dieses Dreigestirn aus asymptomatischer Infektion, epidemiologisch relevanter asymptomatischer Übertragung und früher Isolation begründet eine Neuerung in der Geschichte der Medizin: die flächendeckende Einführung der „polymerase chain reaction (PCR)“-Testung. Diese Elemente stehen auf schwachen Beinen.

Die asymptomatische Infektion

Bisheriges infektiologisches Lehrbuchwissen geht davon aus, dass vor allem symptomatisch Kranke Krankheitserreger weitergeben und damit infektiös für andere sind. Im Rahmen erster Untersuchungen wurde der Verdacht einer asymptomatischen Weitergabe der Infektion geäußert. Menschen könnten auch andere infizieren, obwohl sie selber keinerlei Symptome verspürten, ja nicht einmal wüssten, dass sie infiziert seien. [76] Analysiert man diese Studien genauer, so sieht man, dass diese Behauptung auf schwachen Beinen ruht: vor allem drei chinesische Studien von insgesamt sieben Studien belegten sekundäre Weitergabe von asymptomatisch Infizierten, während sorgfältige Studien von Haushaltskontakten in Südkorea und anderswo keinerlei Beleg dafür liefern. [77] Die meisten Argumente basieren auf beobachteten Einzelfällen. Eine große und lange Kohortenstudie über ein halbes Jahr an Mitarbeitern in Heimen zeigt: 0,3% der geimpften und 3,2% der ungeimpften Mitarbeiter hatten im Lauf der Zeit einen positiven Test und waren asymptomatisch, und nur bei einer einzigen Person von insgesamt 1.973 Mitarbeitern und über 52.500 Tests im Verlaufe eines halben Jahres wurde die Weitergabe einer Infektion an einen Heimbewohner dokumentiert und auch diese Infektion war symptomlos [78]. Eine Meta-Analyse fasst 5 Studien zusammen und kommt auf eine asymptomatische Übertragungsrate von 0-2,2%. In jedem Fall ist die symptomatische Übertragung von größerer Bedeutung. [79]

Eine genauere Analyse der Datenlage zeigt also: Asymptomatische Weitergabe von Infektionen mag durchaus vorkommen, dürfte aber zum einen ebenfalls zu einem asymptomatischen Zustand führen und zum anderen nicht die Hauptroute der Krankheitsverbreitung sein. Schon allein aus der Tatsache, dass es keine epidemiologisch relevante asymptomatische Übertragung von SARS-CoV-2 gibt folgt, dass alle NPIs für asymptomatische, früher gesund genannte Menschen gesellschaftlich unwirksam und schädlich sind.

Die asymptomatische Krankheit und nosokomiale Infektionen

Die asymptomatische Krankheit ist ein Artefakt der Testungsstrategie. Es wird bei jedem Menschen, wenn man ihn auf verschiedene Viren und Bakterien hin untersucht Bakterien- und Virenbefall sichtbar werden. Das macht ihn noch lange nicht zu einem Kranken und auch nur in Ausnahmefällen zu einem Verbreiter. Erst wenn das Immunsystem eines Menschen nicht mehr in der Lage ist, diese Viren oder Bakterien in Schranken zu halten, entsteht ein Problem, zum Beispiel im Falle einer Besiedlung eines Menschen mit resistenten Staphylokokken bei einem Besuch eines immunsupprimierten Verwandten im Krankenhaus. Dann können schwere Verläufe entstehen. Häufiger entstehen sie im Krankenhaus selber, z.B. bei der Intubation, und sind als nosokomiale Infektionen seit Jahrzehnten ein großes Problem. Für 2010 wurden 57.900 nosokomiale Infektionen allein in Deutschland errechnet [80] und man schätzt dass etwa 16.000 Tote im Krankenhaus pro Jahr auf solche nosokomiale Infektionen zurückgehen [81]. Manche Autoren gehen davon aus, dass ein nicht unerheblicher Teil von Covid-19 Toten durch nosokomiale Infektionen gestorben sind [52].

PCR-Testung

Die Verbreitung des Narrativs von asymptomatischen, unerkannten Kranken hat zur Verbreitung der „real time polymerase chain reaction“ (RT-PCR)-Testung geführt [82]. Dieses Testverfahren ist extrem sensitiv und neigt dazu, vor allem in niedrigprävalenten Situationen viele falsch-Positive zu erzeugen [83-85]. Durch die hohe Zyklenzahl – bei der Durchführung nach dem Corman-Drosten-Protokoll 45 Zyklen, im Normalbetrieb offenbar zwischen 35 und 37 Zyklen [86, 87] – werden auch noch die irrelevantesten Genschnipsel des Virus aufgespürt und Menschen als „krank“ tituiert, bei denen dieser Test positiv anschlägt. Selbst ein optimaler RT-PCR-Test mit in der Praxis nie erreichbarer Sensitivität und Spezifität von jeweils 100% wäre nicht diagnostisch für eine Infektion mit SARS-CoV-2 respektive für eine Erkrankung oder das Versterben an COVID-19. Vielmehr kann die Diagnose COVID-19 nur aus der Zusammenschau von Anamnese, Symptomatik, klinischen, laborchemischen und radiologischen Befunden gestellt werden. Das unvalidierte und unstandardisierte Corman-Drosten-Test-Protokoll ist weit von diesem optimalen RT-PCR-Test entfernt. Es ist sehr schlecht konstruiert mit viel zu hoher Sensitivität und vergleichsweise niedriger Spezifität. Dass sich in manchen Fällen aus asymptomatisch mit SARS-CoV2 infizierten Menschen klinisch kranke Menschen entwickeln ist unbestritten. Aber dies wird eben genau in der Mehrzahl der Fälle nicht so sein. Die Zusammenschau aller Diagnostikstudien zeigt, dass oberhalb einer Zyklenzahl von 22 bis 25 im Normalfall keine vermehrungsfähigen Viren nachgewiesen werden, sondern entweder eine Verschmutzung oder ein ehemaliger Virenkontakt der klinisch irrelevant ist [88-91].

Die politische Praxis, aus einem positiven PCR-Befund mit einer Zyklenzahl von 35 und mehr entsprechende Maßnahmen abzuleiten, die einer Freiheitsbeschränkung gleichkommen, ist mehr als fragwürdig und wissenschaftlich nur schwer zu rechtfertigen. Sie ist nur begründbar, wenn man der asymptomatischen Weitergabe der Infektion einen hohen Stellenwert zumisst, der ihr nach der Datenlage nicht zukommt.

Nicht umsonst hat die WHO bereits im Januar 2021 dazu aufgerufen, PCR-Tests nur in klinisch begründeten Fällen, also wenn Symptome vorhanden sind, durchzuführen und sie immer zu validieren. Nichts davon wird in der derzeitigen Praxis in Deutschland umgesetzt.

Nicht nur das verwendete RT-PCR-Test-Protokoll ist für diagnostische Zwecke ungeeignet, sondern bereits die Testindikation ist falsch. Normalerweise und bislang wären nur hospitalisierte schwer kranke Patienten mit spezifischem antiviralem Therapiebedarf, im Überwachungssystem für Atemwegsinfekte und in einer bis heute nicht existierenden epidemiologischen Studienkohorte zu testen. Stattdessen sogar asymptomatische Menschen zu testen, die man früher gesund genannt hätte, und noch dazu nur auf eines von vielen möglichen Atemwegsviren ist aus unserer Sicht sachlich und klinisch falsch [87]. (siehe auch <https://cormandrostenreview.com/addendum/>; Abschnitt E, Zugriff 16.1.2022]

Mit dem RT-PCR-Test nach dem Corman-Drosten-Protokoll werden die „Fallzahlen“ massiv überschätzt (siehe unten & Abb. 4). Zumindest seit April 2020 liegt eine beträchtliche Überlagerung der Realität durch eine Test-Epidemie vor, wie sie beispielsweise 2006 in einem amerikanischen Zentrumsspital aufgetreten war. Die vermeintliche Keuchhustenepidemie hatte nicht in der Realität, sondern nur in den Köpfen der Beteiligten stattgefunden, ausgelöst durch blindes Vertrauen in einen hochempfindlichen PCR-Test, der viele, in diesem Fall ausschließlich falsch positive Ergebnisse erzeugen kann. In Wahrheit hatten alle Erkrankten an einer harmlosen Erkältung gelitten und die vermeintliche Keuchhustenepidemie war eine reine PCR-Test-Epidemie (<https://www.nytimes.com/2007/01/22/health/22whoop.html> Zugriff am 16.1.2022).

Ein Infektiologe sagte: „Ich hatte damals das Gefühl, dass uns dies einen kleinen Vorgeschmack darauf gab, wie es bei einer pandemischen Grippeepidemie sein könnte.“ Und ein Epidemiologe erklärte: „Einer der beunruhigendsten Aspekte der Pseudo-Epidemie ist, dass alle Entscheidungen zum damaligen Zeitpunkt so vernünftig erschienen.“

Diese Fehleinschätzung kann mit jedem beliebigen Atemwegsvirus geschehen. Würden wir nicht mehr alle Menschen mit einem hypersensitiven, wenig spezifischen, mit anderen Viren kreuzreagierenden RT-PCR-Test auf ein einziges RNA-Fragment von SARS-CoV-2 testen, sondern auf ein anderes, beispielsweise von Influenza- oder Metapneumoviren, hätten wir sogleich eine Influenza- oder Metapneumo-Viren-Testepidemie.

Der unverantwortliche Umgang mit Zahlen und die Unbrauchbarkeit der verwendeten Kennwerte

Die weitverbreitete unsystematische und oft anlasslose PCR- und Antikörpertestung führt allein statistisch zu einer Häufung positiver Befunde. Trotz heftiger Kritik von verschiedener Seite hat das Robert-Koch-Institut Inzidenzziffern nie auf die Anzahl der Tests standardisiert, sondern berichtet noch immer rohe Zahlen. Dies hat schon im Mai 2020 den Eindruck erweckt, als würden die Fallzahlen ansteigen, obwohl das Einzige, was angestiegen war, die Anzahl der Tests war. Die auf Tests standardisierten Fallzahlen bewegten sich im ganzen Sommer 2020 unter 1.5% und damit im Rauschbereich der Testreliabilität. Manchem Laien mag eine Test-Spezifität von etwa 98.5%, die 1.5% falsch positiven Ergebnissen entspricht, hoch erscheinen. Dies bedeutet jedoch, dass bei praktisch fehlender Anwesenheit des Virus, Prävalenz von nahe 0, wie im Sommer, fast alle positiven RT-PCR-Tests falsch positiv sind. Testen wir beispielsweise 1000 Männer mit einem 99% spezifischen Schwangerschaftstest, werden 1%, also 10 Tests, positiv ausfallen. Sind deshalb diese Männer schwanger? Nein. Weil die Prävalenz von Schwangerschaft bei Männern 0 ist, sind diese positiven Schwangerschaftstests alle falsch positiv.

Diese Test- und Zählpraxis ist nie geändert worden, obwohl das RKI selber wöchentlich die Anzahl der Testungen berichtet. Welchen Effekt dies hat, stellt Abbildung 4 dar. Hier sind die absoluten Fallzahlen lt. PCR-Testung in Deutschland dargestellt, entnommen aus den RKI Wochenberichten, und die Fallzahlen, die auf die Anzahl der PCR-Tests (pro 100.000 Tests) standardisiert sind. Die x-Achse gibt die Wochen 31-52 des Jahres 2021 und 1 & 2 des Jahres 2022 wider. Die Auswahl ist einigermaßen zufällig und könnte für jede beliebige Zeit der Corona-Pandemie gewählt werden; die Ergebnisse wären immer ähnlich: Man sieht in den absoluten Fallzahlen das, was in den Medien kommuniziert wird, nämlich steil ansteigende Fallzahlen. Dieser steile Anstieg relativiert sich, wenn man die Anzahl der Testungen mitberücksichtigt.

Es ist ohne weitere Erklärung einsichtig, dass das Berichten unstandardisierter Fallzahlen fahrlässig und unprofessionell ist. Auf solche Zahlen lassen sich keine politisch belastbaren Maßnahmen gründen. Weil auch die Inzidenzwerte auf 100.000 Einwohner pro Woche auf unstandardisierten Zahlen gründen, sind sie ebenso unbrauchbar und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen falsch.

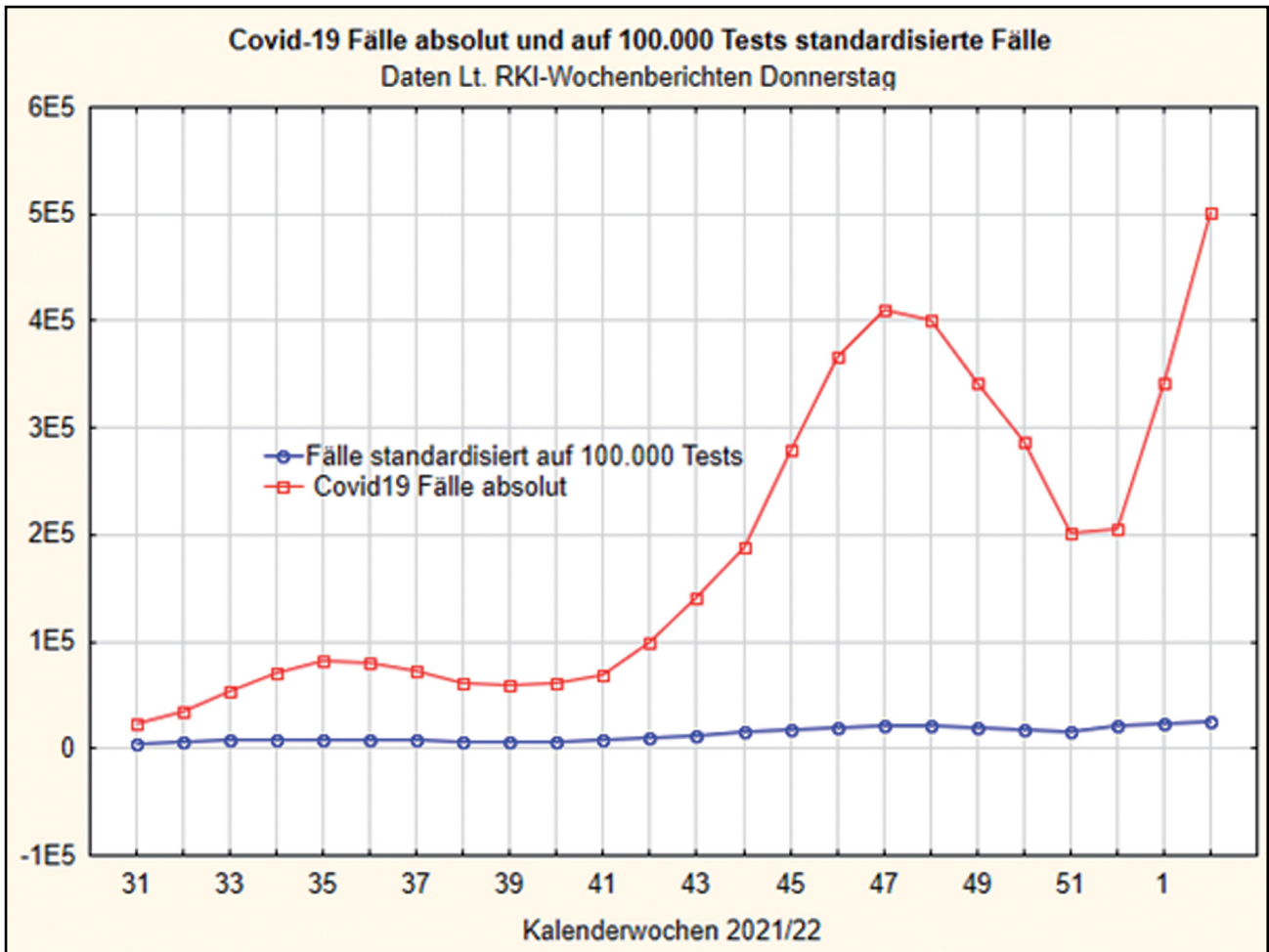


Abbildung 4 – Absolute Anzahl von Covid-19 Fällen lt. RKI Wochenberichten und Anzahl der Covid-19 Fälle auf die Anzahl der Tests standardisiert (Fälle je 100.000 Tests) über die Wochen 31 bis 48 des Jahres 2021

Etwa im zweiten Studienjahr lernen Medizinstudenten in „Epidemiologie für Anfänger“, dass bei einer möglichen Epidemie von nationaler Tragweite sofort eine für die Bevölkerung repräsentative Studienkohorte gebildet werden muss. Sie dient dazu, die Fallzahlen, den Schweregrad der Erkrankung und den Status der Immunität, hier durch Bestimmung von Antikörpern und T-Zell-Immunität, zu überwachen. Damit hätten wir schon im April 2020 realisiert, dass keine Epidemie von nationaler Tragweite vorlag. Wir hätten vermutlich vielmehr bemerkt, dass beinahe alle zumindest partiell (kreuz)immun waren. Wir hätten auch bemerkt, dass es keinerlei wissenschaftliche Evidenz für viele NPIs, für die Inkraftsetzung des Epidemiegesetzes und für ein COVID-Zertifikat gab. Obwohl es 22 Monate her ist, dass die WHO die COVID-Pandemie ausgerufen hat, existiert eine solche repräsentative epidemiologische Überwachungskohorte immer noch nicht.

Wir halten fest: Die Basis für die Analyse einer Bedrohungslage der Bevölkerung fehlt. Daher fehlt auch die Basis für die Forderung einer Impfpflicht, abgesehen von der Tatsache, dass die „Impfung“ selber wissenschaftlich zu schlecht untersucht ist, um aus den vorliegenden Daten irgendwelche Schlüsse zu ziehen außer, dass jeder Schluss verfrüht ist.

Die politischen Maßnahmen sind zur Infektionseindämmung ungeeignet und unnötig. Sie schaden mehr, als sie nützen

Lockdown

In den Medien und in der Öffentlichkeit ist die Meinung weit verbreitet, wir seien deswegen so glimpflich davongekommen, weil unsere Regierung so hart durchgegriffen habe und durch Lockdowns und Nicht-pharmazeutische Interventionen (NPIs), wie Abstandsregeln, Maskenpflicht etc. das Schlimmste verhindert habe. In der Tat gehört Deutschland zu den Ländern mit dem höchsten „Stringency Index“ (<https://ourworldindata.org/covid-stringency-index>; Zugriff 29.12.21). Dies meint die Anzahl der Maßnahmen und die Zeitdauer, über die sie verhängt werden. Nur Argentinien ist noch schärfer vorgegangen. Wie eine kürzlich publizierte Analyse zeigt, hat dieses Vorgehen keinerlei Einfluss auf das Infektionsgeschehen gezeigt, wenn man die Zahlen mit dem Nachbarland Uruguay vergleicht, in dem kaum NPIs eingeführt wurden, jedenfalls kein Lockdown und keine Maskenpflicht. [92] Überhaupt zeigen sorgfältige Analysen über alle Länder der Welt: NPIs sind nur sehr begrenzt hilfreich [93-96], verhindern allenfalls in sehr begrenztem Maße und lokal gezielt eingesetzte Infektionen. Für Deutschland gilt: es ist belegt, dass der erste Lockdown erst kam, als die Infektionswelle am Abklingen war [97, 98]. Der Eindruck, dass der Lockdown hilfreich war, wird von einer Modellierstudie belegt [99]. Diese basiert nachweislich auf falschen Daten und hat daher einen falschen Eindruck hinterlassen und hatte fatale Konsequenzen [100]. Normalerweise werden in einer Pandemiesituation Kranke in Quarantäne geschickt. Der Lockdown ist eine nicht zu begründende Quarantäne für Gesunde, die es zum einen noch nie in der Geschichte der Medizin gegeben hat und für deren Sinnhaftigkeit Belege fehlen.

Maskenpflicht

Die allorts geltende Maskenpflicht ist nicht zu rechtfertigen. Selbst unter schweren Bedingungen, nämlich in hoch-riskanten Krankenhausumgebungen, konnten randomisierte Studien keine Effekte von Masken bei Grippe nachweisen; Grippeviren sind Corona-Viren, was Größe und Übertragungswege angeht, am ähnlichsten. [101] Die einzige Studie, die in einer lebensweltlichen Umgebung durchgeführt wurde, fand keinen Effekt [102]. Systematische Reviews zeigen eher schädliche Auswirkungen [103-105]. Systematische Reviews und Studien, auf die sich Befürworter dieser Maßnahmen gerne stützen basieren entweder auf nicht-randomisierten Studien oder sind Modellierungen, bei denen die Modellparameter oft entscheidend sind. Ein jüngstes Beispiel ist eine Modellierstudie des MPI in Göttingen, auf die beispielsweise die Universität Witten-Herdecke sich stützt bei der Begründung, alle müssten im Hörsaal FFP2-Masken tragen [106]. Analysiert man die Input-Parameter, erkennt man, dass mit einer viralen Belastung von 108,5 (sic!) gerechnet wurde. Verfolgt man die Herkunft der Quelle, stößt man auf zwei Arbeiten aus der Frühzeit der Pandemie, eine aus China [107], eine aus Frankreich [108]. In der französischen Arbeit war die virale Last im Median 104, in der chinesischen Arbeit 105. Die hohen Werte stammen von Patienten, die kurz vor dem Tod standen. Solche Daten als Input-Parameter für Modelle zu nutzen, ohne sie weiter zu qualifizieren, ist wissenschaftlich fragwürdig. Eine andere oft zitierte Studie erzeugte eine künstliche mit Viren beladene Umgebung und wies einen Effekt von Masken an Kunstköpfen nach [109]. Betrachtet man die Studie genauer, so sieht man, dass mit einer Virenlast von ca. 107 ein kleiner Raum mit 240 l Luftfassung (120 * 40 * 50 cm) 20 Minuten lang befüllt wurde, bevor gemessen wurde. Nichts davon ist auch nur annähernd realistisch.

Ganze Generationen von Kindern aufgrund solcher fragwürdiger Studien mit dieser Maßnahme zu konfrontieren ist nicht zu rechtfertigen [110]. Denn die Infektionsgefahr für Kinder und die, die von Kindern ausgeht ist überschaubar. Der Schaden, der durch das Tragen solcher Masken angerichtet

wird, ist schwer zu überblicken. Eine Befragung ergab bei mehr als zwei Dritteln der befragten Kindern und Eltern Symptome [111]. Unsere eigene Studie, deren Daten inzwischen von einer unabhängigen Studie bestätigt wurden [112], ergab, dass die Einatemluft unter einer Gesichtsmaske bei Kindern nach 3 Minuten bereits mehr als 13.000 ppm Kohlendioxid enthält [113]. Das ist das mehr als 6-Fache dessen, was die allgemeinen Arbeitsschutzrichtlinien für Erwachsene als akzeptabel für Innenräume ausweisen und das Umweltbundesamt als gesundheitsgefährdend für Kinder und Schwangere einstuft [114].

Es ist bezeichnend, dass zwei Oberschulämter die Durchführung dieser Untersuchung verboten haben und sie schließlich in Privatinitiative durchgeführt wurde. Offenbar ist das staatliche Interesse an Erkenntnis gering. Regulierungen ohne entsprechende Datenbasis halten wir nicht mit demokratischen Prinzipien vereinbar.

Psychische Probleme

Psychotherapeuten berichten über eine Zunahme von Angststörungen und Depressionen. Dies waren schon in den letzten Jahren lt. Krankenkassenberichten die wichtigsten Probleme. Einer von vier Kindern und Jugendlichen hat während der Pandemie klinisch relevante Depressionssymptome, einer von fünf Jugendlichen klinisch relevante Angstsymptome, und diese Zahlen haben sich durch die Pandemie im Vergleich zu Vor-Pandemiezeiten verdoppelt [115]. Diese Probleme sind auch bei Erwachsenen sichtbar und in starkem Zusammenhang mit der Angstkommunikation und sozialen Isolation [116]. Daher kann man zu Recht von einer Angststörung nationaler Tragweite sprechen [117]. Diese hängt ganz offensichtlich mit dem Medienkonsum zusammen: je mehr Medien zu Covid-19 konsumiert werden, umso höher das Angstniveau. Wer sich mehr als 2,5 Stunden pro Tag mit Medienberichten zu Covid-19 befasst, ist in Gefahr, eine Angststörung zu entwickeln [118]. Gestiegene Selbstmordtendenzen werden wir wohl erst nach einer gewissen Zeit nachweisen können, aber es ist davon auszugehen, dass wir auch dies beobachten werden. Denn die Lockdowns haben zu wirtschaftlichen Einbrüchen und Verunsicherungen geführt und diese führen, das wissen wir aus sozialmedizinischen Untersuchungen, zu erhöhter Selbstmordrate.

Aber nicht nur die unmittelbaren Folgen der Lockdowns und Schulschließungen schlagen hinsichtlich der zu erwartenden Kollateralschäden zu Buche. Viel umfassender und schlimmer dürften hinsichtlich erhöhter Morbidität und Mortalität die langfristigen Folgen sein, insbesondere für Kinder. Hierzu gibt es bereits erste Zahlen, wenn auch aus Modellrechnungen. Es wurden kürzlich die verlorenen Lebensjahre (years of life lost, YLL) jener 5- bis 11-jährigen Schulkinder errechnet, die in den USA und in Europa in den ersten beiden Monaten des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 auf ihren Schulbesuch verzichten mussten [119]. Dabei zeigte sich, dass aufgrund der knapp 2-monatigen Schließungen der Grundschulen in Amerika langfristig 13,8 Millionen und in Europa langfristig 0,8 Millionen Lebensjahre verloren gehen. Der Grund für diese drastische Einschränkung der Lebenserwartung liegt in der engen Verzahnung zwischen Bildungsverlust, sozialem Abstieg und erhöhter Morbidität und Mortalität. Wären in den USA die betreffenden Schulen offengeblieben, hätte man im Gegenzug mit einem YLL von 4,4 Millionen rechnen müssen – eine Zahl, die klarmacht, dass Schulöffnungen während der COVID-Pandemie zu präferieren gewesen wären.

Es ist weiterhin sehr zu vermuten, dass die erwähnten Zahlen nur einen kleinen Bruchteil der weltweit durch die Maßnahmen zur Eindämmung von SARS-CoV-2 resultierenden YLL von Kindern darstellen. Denn nicht nur dürfte der Bildungsverlust der Kinder langfristig gesundheitsgefährdend sein, sondern auch die bereits erwähnten unmittelbaren psychischen Folgen von Lockdowns und Social Distancing wie Depression, Angst, insbesondere die in der Krise zugenommenen Traumatisierungen von Kindern (u.a. emotionale, körperliche, sexuelle Missbrauchserfahrungen). Auch

diese haben mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit immunologische Funktionseinschränkungen zur Folge, die ebenso wie ein Bildungsverlust und sozialer Abstieg nachhaltig Morbidität und Mortalität noch über Jahrzehnte hinaus beeinträchtigen können. Aus den Daten des Adverse Childhood Experiences (ACE)-Projekts [120] wurde ermittelt, dass das Erleben von 6 und mehr schweren psychosozialen Belastungen in den ersten 18 Lebensjahren zu einem Lebenszeitverlust von bis zu 20 Jahren führen kann [121]. Obschon das Thema der Maßnahmen bedingten YLL aufgrund der noch bevorstehenden langen Lebenszeit besonders Kinder betrifft, gilt die angesprochene Gefahr von Lockdown bedingten langfristigen psychoimmunologischen Gesundheitsschäden und damit verbundenen YLL auch für Erwachsene. Erste Studien zeigen in diesem Zusammenhang klar auf, dass die erwachsene Bevölkerung durch unterschiedlichste Faktoren (z.B. drohender Arbeitsplatzverlust und sozio-ökonomischer Abstieg, Eheprobleme) teils erheblich psychisch belastet wurde und insbesondere bei sozial schwach gestellten Bevölkerungsgruppen, etwa Migranten, ein deutlicher Verlust der Lebenserwartung droht [122]. Darüber hinaus wurde in der COVID-Krise deutlich, dass durch die Lockdown-Maßnahmen die medizinische Versorgung von kranken Personen nicht gewährleistet werden konnte. Menschen, die beispielsweise an schweren chronischen Erkrankungen (z.B. Krebs, Insult, Infarkt) litten, wollten und konnten in der Zeit von Lockdowns und Social Distancing Kliniken und Arztpraxen nicht aufsuchen und erhielten damit nicht die für sie üblicherweise anvisierten Behandlungen. Auch hier ist davon auszugehen, dass die dehumanisierten COVID-19-Maßnahmen paradoxerweise mehr Lebensjahre kosteten als retteten [123].

Die politischen Maßnahmen widersprechen allem, was wir seit 50 Jahren an Wissen über den Zusammenhang von Immunität und psychischer Belastung zusammengetragen haben. Bereits im Jahre 2004 stellte eine Meta-Analyse über 190 Studien zusammen, die den Zusammenhang zwischen Stress und Immunität untersuchten [124]. Dabei wurde klar: vor allem chronische Belastung stört die Immunkompetenz des natürlichen, unspezifischen Immunsystems, indem es die Aktivität der Killerzellen und T-Lymphozyten bremst. Dies ist meistens ein Resultat der chronischen erhöhten Cortisol-Aktivität. Seither ist zweifelsfrei belegt: Stress, vor allem chronischer, schwächt das Immunsystem dauerhaft.

Wirtschaftliche Probleme und ihre Folgen

Die bisherige Lockdown-Politik hat dazu geführt, dass die weltweiten Schulden 2020 dramatisch angestiegen sind und einen neuen Rekordstand erreicht haben (<https://blogs.imf.org/2021/12/15/global-debt-reaches-a-record-226-trillion/> Zugriff am 7.1.22). Gleichzeitig hat durch diese Corona-Politik die weltweite Ungleichverteilung dramatisch zugenommen. Die Milliardärsvermögen sind seit März 2020 enorm gewachsen (<https://blogs.imf.org/2021/12/15/global-debt-reaches-a-record-226-trillion/> Zugriff am 7.1.22). 2020 stieg nach Jahrzehnten des Rückgangs erstmals wieder die weltweite Verbreitung von Unterernährung stark an, und zwar von etwa acht Prozent 2019 bzw. 640 Millionen Menschen auf ungefähr 10 Prozent der Weltbevölkerung oder 800 Millionen Menschen 2020 (Oktober 2021, Welthungerindex, S. 8 <https://www.globalhungerindex.org/pdf/de/2021.pdf> Zugriff am 7.1.22), also ein Anstieg um etwa ein Fünftel oder fast 160 Millionen Menschen. Dazu kommt: Bis November 2021 sind die Preise für Grundnahrungsmittel gegenüber dem Durchschnittspreis 2020 um 37 Prozent gestiegen, was ebenfalls zum großen Teil durch die Corona-Politik verursacht ist (<https://www.fao.org/worldfoodsituation/foodpricesindex/en/> Zugriff am 7.1.22). Kurz: Die Bilanz der Corona-Politik für die armen Menschen dieser Welt ist verheerend, vor allem für die Kinder. Seit März 2020 wurden erheblich mehr Lebensjahre durch die Corona-Politik vernichtet als gerettet.

Auch innerhalb der wohlhabenden Industrieländer zeigen sich große Unterschiede in der ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklung wie die folgende Tabelle aus dem „Economist“ vom 26.12.2021 zeigt:

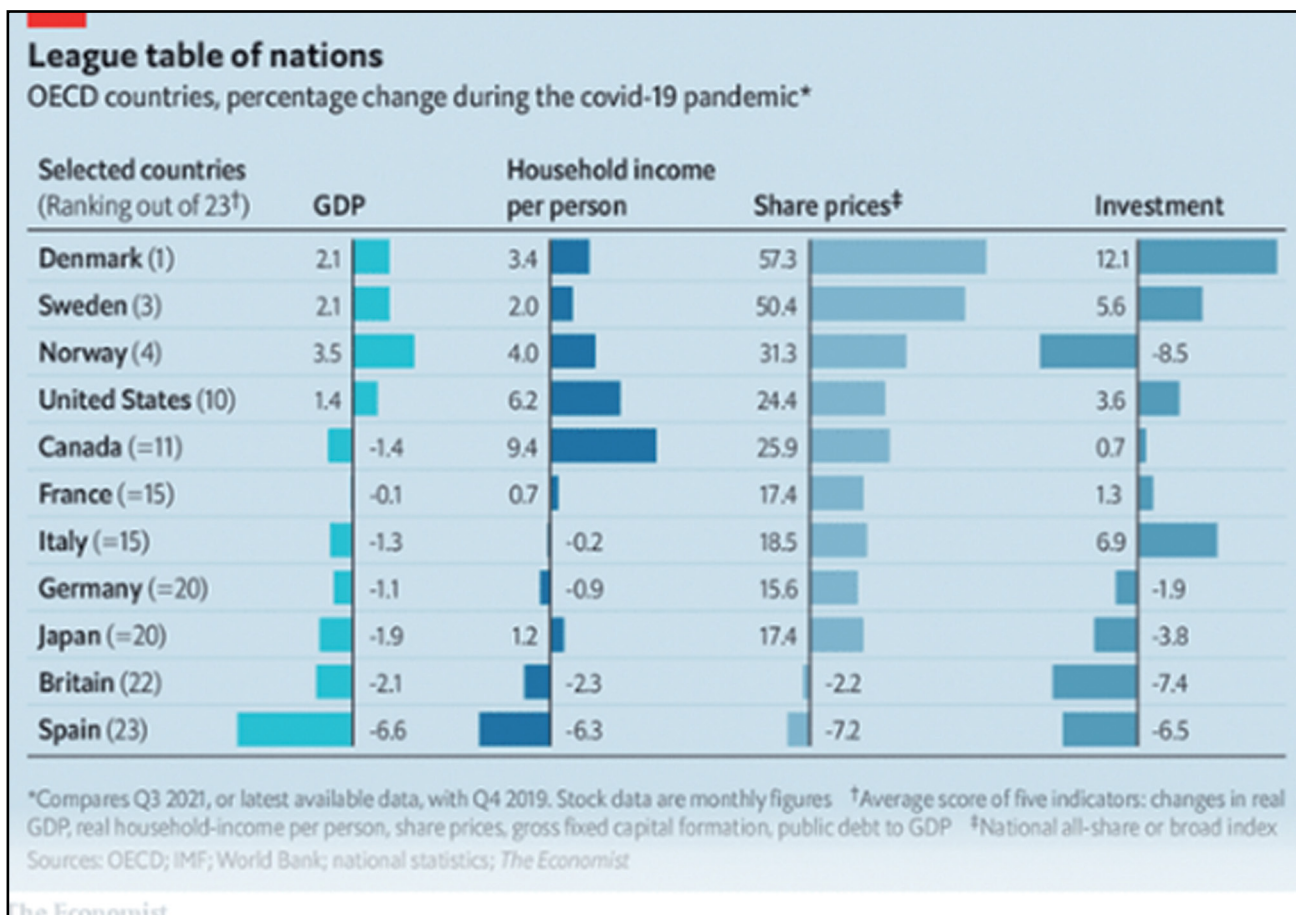


Abbildung 5 – Die Veränderung des Bruttosozialproduktes, der Haushaltseinkommen, Aktienpreise und öffentliche Investitionen laut Organisation für ökonomische Zusammenarbeit und Entwicklung

Deutschland schneidet im internationalen Vergleich extrem schlecht ab. Schweden dagegen extrem gut. In den Daten zu Großbritannien spiegelt sich noch nicht die sehr positive Entwicklung seiner jüngsten liberalen Corona-Politik seit dem freedom day im Juli 2021. Ökonomisch dürfte Großbritannien daher demnächst deutlich an Deutschland vorbeiziehen, trotz Brexit, und in der Tabelle nach oben wandern.

Kurz: Eine liberale Corona-Politik, die auf Konsens statt Staatszwang, die auf Kommunikation statt auf Unterdrückung der Meinung Andersdenkender setzt, ist volkswirtschaftlich sehr viel erfolgreicher und selbst bei den Covid-Todeszahlen seit 2021 nicht weniger erfolgreich als eine auf Zwang, Repression und Angst setzende Corona-Politik wie in Deutschland oder Österreich.

Einfache Wege der Stärkung von Selbstwirksamkeit und Immunkompetenz

Die dauernde Angstkommunikation trägt neben der Vergegenwärtigung der Angst durch die überall sichtbaren Zeichen – Gesichtsmasken, Testpflicht, Durchsagen – wesentlich zur Belastung bei [125, 126]. Würde man wirklich eine einzige wirksame Maßnahme zur Stärkung der allgemeinen Immunität setzen wollen, dann wäre die sofortige Beendigung aller Maßnahmen und aller Angstkommunikation die wirksamste Methode.

Weitere hilfreiche und kostengünstige Maßnahmen, die Menschen für sich selber durchführen können und die deswegen die Selbstwirksamkeit stärken und damit wiederum die eigene

Immunität wäre zum Beispiel eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Vitamin D. Deutschland gehört ohnehin zu den Ländern mit niedrigem Vitamin-D-Spiegel in der Bevölkerung. Wir haben plausibel gemacht, dass dies ein wichtiger Prädiktor für Covid-19 Todesfälle darstellt [127]. Mehrere Studien belegen den Zusammenhang von niedrigem Vitamin-D Spiegel und Covid-19 Morbidität [128-138]. Die Datenlage ist ziemlich klar: eine Substitution der Bevölkerung, vor allem während der Wintermonate von Oktober bis April, durch ausreichende Mengen Vitamin D wäre vermutlich die billigste, wirksamste und gleichzeitig völlig unbedenkliche Präventionsmaßnahme gegen Infektanfälligkeit, nicht nur mit SARS-CoV2 sondern auch mit anderen Infektionserregern.

Eine gesunde, abwechslungsreiche vollwertige Ernährung, die auch eine ausreichende Versorgung mit Zink und Vitamin C sicherstellt, durch ausreichenden Konsum von Früchten und Gemüse, ist eine wichtige Basis für ein optimal funktionierendes Immunsystem. Vitamin C und Zink können zur Infektprävention aber auch kostengünstig substituiert werden.

Andere Maßnahmen sind ausreichende Bewegung in frischer Luft oder altbekannte Mittel der Naturheilkunde, wie Wechselduschen und -bäder, Saunagänge und Sport.

Darüber hinaus kennt die traditionelle Volksmedizin und die Naturheilkunde zahlreiche Pflanzen, die sich in der Behandlung von Erkältungskrankheiten gut bewährt haben und auch zur Frühbehandlung von Coronainfekten mit Erfolg eingesetzt werden können. Zu diesen zählen beispielsweise Meerrettich, Kapuzinerkresse, Holunderbeere (als Saft) und Zistrose.

Diese Kenntnisse traditioneller, bewährter medizinischer Maßnahmen wurden durch die im Zeitalter von Mobilität und Flexibilität immer hektischer werdende Lebensweise mehr und mehr in den Hintergrund gerückt, auch dadurch, weil Antibiotika, chemische Schmerzmittel und Fiebersenker als vermeintlich geeigneter Ersatz jederzeit schnell verfügbar waren. Das Vertrauen in ein starkes Immunsystem und in die Selbstheilungskräfte des eigenen Körpers wurde durch Werbeaktionen für Impfungen in eine übersteigerte Angst vor Krankheitserregern umgewandelt. Diese wurde bei einem Großteil der Menschen durch die Corona-Berichterstattung wieder aktiviert.

Der immer größer werdende Einfluss von Pharmakonzernen hat nicht nur zu gefährlichen Abhängigkeiten geführt, sondern auch zu einer enormen Kostensteigerung im Medizinsektor, der in der Folge für die eigentlichen Leistungserbringer, die am Menschen arbeiten, medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen immer weniger Geld zur Verfügung stellen kann.

Eine Rückbesinnung auf traditionelle, ganzheitsmedizinische Ansätze und die Anwendung von naturheilkundlichen Therapiemöglichkeiten, auch nach dem Motto „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ und „weniger ist mehr“, kann sowohl zur Befreiung von diesen Abhängigkeiten als auch zur wünschenswerten Verbesserung der Volksgesundheit sowie zur Kostensenkung im Medizinsektor beitragen.

Zum Schluss: Warum sieht das der Mainstream anders?

Es ist uns durchaus bewusst, dass das, was wir hier formulieren eine Minderheitenmeinung ist. Warum, wenn unsere Meinung richtig wäre, ist sie nicht weiter verbreitet? Dies ist eine berechtigte Frage. Wir werden sie nicht erschöpfend beantworten können. Aber folgende Gedanken mögen hilfreich sein.

Gelockerte Pandemiedefinition und Mediale Aufmerksamkeit

Die SARS-CoV2 Pandemie stellte alle vor noch nie dagewesene Herausforderungen. Ein anscheinend komplett neuer Erreger mit unbekanntem Eigenschaften war aufgetaucht. Erste Berichte waren angsterregend. Dies führte in einer sehr rasch eskalierenden Spirale zu immer mehr immer stärker angsterzeugenden Berichten in den Medien. Insbesondere war die Bevölkerung mit dem Terminus „Pandemie“ in Panik versetzt worden ohne ihr mitzuteilen, dass die WHO im Rahmen des Schweinegrippe-Skandals 2009 aus unbekanntem Gründen die Kriterien für die Ausrufung einer Pandemie gelockert hatte. Sie strich die Gefährlichkeit des verursachenden Erregers aus der Pandemiedefinition. Nun reichte die rasche massive Ausbreitung eines vergleichsweise harmlosen Krankheitserregers über mindestens zwei WHO-Regionen. Dadurch konnte jede saisonale Welle irgendeines noch so harmlosen Grippe- oder Erkältungsvirus als Pandemie bezeichnet werden. Am 11. März 2020 rief die WHO also basierend auf diesen bis heute nicht korrigierten Kriterien die SARS-CoV2-Pandemie aus. Wenn man schließlich nur noch auf die Gefahr fokussiert, entsteht die „Dashboard Pandemic“ [58]. Das fast masochistische Blicken auf die steigenden Zahlen und die anscheinend wachsende Gefahr lässt den Blick für anderes, vor allem für gegenläufige Information schwinden.

Wenn schließlich eine einzige Logik dominant wird, in diesem Fall die Logik der Virologen, die sich im Normalfall für das Immunsystem wenig, für die Pathogenität von Erregern sehr stark interessieren, dann entsteht intellektuelle Kolonisation: Das Denken wird individuell und kollektiv eingeeignet auf eine einzige Perspektive, alle anderen werden ausgeblendet. Anstatt in Ruhe in die Breite zu blicken, wird in Hektik auf die Mitte gestarrt. Sogenannte Experten, mehrheitlich Labormediziner und als Virologen oder Epidemiologen tätige Biologen, entrissen den Ärzten Diagnostik und Therapie von COVID-19. In der Schweiz konstituierten sie sich selbst als „Swiss National COVID-19 Science Task Force“ und dienten sich dem Bundesrat als wissenschaftliche Berater an. (Anders als jeder Verein, führt das nun offizielle wissenschaftliche Führungsgremium durch die angeblich größte Krise der Schweiz seit dem zweiten Weltkrieg über ihre Tätigkeiten kein Protokoll; <https://www.re-check.ch/wordpress/fr/wissenschaft-pandemie-task-force/> Zugriff am 16.1.2022.)

Die mediale Berichterstattung tat das Ihre [139]. Wenige Alpha-Journalisten gaben früh den Ton an [140]. Alle anderen folgten brav, kaum einer scherte aus der Reihe. Dies wiederum übt Handlungsdruck auf Politiker aus. Auch die sind nur Menschen und bekommen Angst, vor allem wenn sie fast alle zur „Risikogruppe“ gehören, weil sie mehrheitlich über 65 und oft aufgrund schlechter Lebensbedingungen und hohem Stress anfällig für Infektionen sind.

Pandemieübungen

Pandemieübungen über die Jahre hinweg, die Journalisten, Exekutive und Public Health Verantwortliche für den Ernstfall trainierten gaben vor, wie in einem solchen Fall zu reagieren ist. Am 18. Oktober 2019 veranstalteten die Bill und Melinda Gates Foundation, die Johns Hopkins University und das World Economic Forum unter der Bezeichnung „Event 201“ eine Pandemiesimulation. Als Erreger wählten sie ein nur Spezialisten bekanntes Corona-Virus. Die Teilnehmer waren sich einig, dass eine Corona-Pandemie disruptiv ist, nur durch globale staatliche und private Zusammenarbeit überwunden werden kann, systemrelevante globale Konzerne finanziell gestützt, mittelständische Betriebe allenfalls geopfert werden, vom herrschenden Narrativ abweichende Stimmen in den Leit- und sozialen Medien konsequent zensuriert werden müssen, und dass die Pandemie nur durch Impfung der gesamten Weltbevölkerung beendet werden kann. Zweieinhalb Monate später, am 31. Dezember 2019, meldete das chinesische CDC 27 Fälle einer durch ein neu entdecktes Virus verursachten Lungenentzündung an die WHO. [141]. Der Ernstfall kommt, anscheinend. Die Handlungsmuster, die eingeübt wurden, schnappen ein. Und die Pandemiebüchse der Pandora springt auf. Dass es gar keine wirklich schlimme Pandemie ist, fällt dann schon gar nicht mehr auf, ja darf gar nicht mehr auffallen, denn sonst können die Verantwortlichen sich nicht bewähren.

Innerhalb kurzer Zeit wird das Land auf Pandemie gestellt. Läden müssen schließen. Betriebe fahren Kurzarbeit. Schüler bleiben zuhause. Milliardenbeträge werden neu geschöpft und umgelenkt, andere Milliardenbeträge werden vernichtet. Nach kurzer Zeit ist so viel Kollateralschaden für die einen, Kollateralnutzen für die anderen entstanden, dass es sich keiner mehr leisten kann vernünftig zu sein. Je später man zugibt, dass man sich in der Tastatur der Bewältigungsmechanismen vielleicht um ein paar Oktaven vergriffen hat, umso schwerer wird es, dies zuzugeben. Denn dann warten diejenigen, die vor Gericht ziehen werden, Schadenersatz einklagen oder auch nur aus Zorn jemanden zur Rechenschaft ziehen wollen. Da ist es einfacher mit der Devise: Augen zu und durch.

Schließlich hat man sehr früh gerufen, ein Impfstoff muss her, dann ist alles gut. Mit fast religiöser Inbrunst wird diese Erlösung erwartet. Mit religiösem Eifer werden diejenigen als Ketzer verbannt, die nicht gläubig sind. Der Sprachgebrauch verrät es: „Coronaleugner“, „Impfverweigerer“, das sind Begriffe aus dem Spracharsenal der Inquisition. Wenn diese Muster erst greifen, dann genügt die Scheure im Kopf: Man will ja schließlich dazugehören. Also besser nicht ausscheren und konform bleiben. Und in Windeseile ist ein vermeintlich auf Fakten basierender Mainstream erzeugt, dem sich nur die verweigern können, die es sich sozial, intellektuell und wirtschaftlich leisten können. Dass die Wissenschaft dabei vergewaltigt wird, übersieht man leicht. Wissenschaftliche Diskursprozesse sind langsam und kontrovers. Aber auch hier kommt rasch eine Mainstreammeinung zustande, die sich vor allem in den großen Journalen zeigt. Gegenmeinungen und inkompatible Daten haben es schwer. Man muss sie suchen und man muss die Gesamtschau interpretieren und verstehen können.

Dann benötigt man keine Verschwörung um zu erklären, warum es so gelaufen ist, wie es gelaufen ist. Die mangelnde Rationalität, das fehlende wissenschaftliche Verständnis von Entscheidungsträgern, der Kadavergehorsam bei Untergebenen, all dies reicht als Verschwörung.

Sie gilt es nun zu beenden. Durch einen einfachen und klaren Schnitt. Dazu gehört auch, dass man den Mut zusammennimmt, die Kollateralnutzer zu brüskieren: Die pharmazeutischen Unternehmer, die sich mit einer unbrauchbaren „Impfung“, die alle 3-6 Monate wiederholt werden muss, ein Bonanza geschaffen haben und jene Behörden, die durch fehlende Warnungen vor Gefahren fahrlässig gehandelt haben. Die Politiker, die sich durch markige Worte populär gemacht haben, und die Medienschaffenden, die sich selbst und ihre Zuschauer-, Hörer- und Leserschaft im Glauben gewiegt haben, zu den Guten und Wissenden zu gehören. Es wird nicht gehen ohne narzisstische Kränkungen. Aber diese sind weniger schmerzhaft als ein langfristiges Zerwürfnis unseres Gemeinwesens.

Zusammenfassung

Wir haben gezeigt: Unser Immunsystem ist wesentlich kompetenter, als man denkt. Anstatt es durch eine neuartige, schlecht untersuchte und potenziell gefährliche genetische Präventionsmaßnahme zu kompromittieren wäre es wesentlich klüger, es durch einfache, billige und nebenwirkungsfreie Maßnahmen zu stärken. Das würde reichen. Wenn wir schließlich unnötige Maßnahmen beenden und vor allem die allgegenwärtige Angstkommunikation unterbinden, dann wären wir auf einem guten Weg in eine positive Normalität. Das ist es, was wir fordern. Wir haben gesagt warum. Und wir sind bereit zum Gespräch mit all denen, die uns nicht glauben.

Nochmal der Hinweis am Schluss: Dieses Begründungsschreiben, ist auch auf der Webseite der „Gesellschaft der Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie e.V.“ unter www.mwgf.de (Link <https://www.mwgf.de/2022/01/bhakdi-et-al-das-mwgf-corona-ausstiegskonzept/>) digital abrufbar. Dabei können die genannten Quellen mit einem Mausclick einfach aufgerufen werden.

Die Autoren in alphabetischer Reihenfolge:

Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi, Kiel, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, ehem. Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dr. med. Thomas Binder, CH-Wettingen, Kardiologe, Wettingen, Schweiz

Prof. Dr. med. Arne Burkhardt, Reutlingen, Facharzt für Pathologie, Pathologisches Institut, Reutlingen

Prof. Dr.-Ing. Aris Christidis, Gießen, ehem. Technische Hochschule Mittelhessen, Gießen Fachbereich Mathematik, Naturwissenschaften und Informatik

Dr. med. univ. Dr. phil. Christian Fiala, Wien, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Arzt für Allgemeinmedizin, Tropenmedizin, Wien

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Haditsch, Leonding, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Prof. Dr. Stefan Hockertz, CH-Stein im Aargau, Immuntoxikologe, tpi-consult GmbH

Dr. Renate Holzeisen, Bozen, Südtirol, Rechtsanwältin

Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer, Würzburg, Humanbiologin, Universitätsklinikum Würzburg

Werner Möller, Stuttgart, Intensivpfleger und Atmungstherapeut, Gründer der Initiative „Pflege für Aufklärung“

Prof. Dr. Werner Müller, Rüsselsheim, Rechnungswesen, Controlling, Steuern, Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Mainz

Prof. Dr. rer. nat. Karina Reiß, Kiel, Mikrobiologie, Quincke-Forschungszentrum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc. Christian Schubert, Innsbruck, Department für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. Medizinische Universität Innsbruck

Prof. Dr. Martin Schwab, Bielefeld, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Verfahrens- und Unternehmensrecht, Universität Bielefeld

Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen, Salzburg, ehem. Abteilung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Medizinische Universität Wien

Priv. Doz. Dr. med. Josef Thoma, Berlin, HNO-Arzt

Prof. Dr. Dr. Daniel von Wachter, Mauren (Liechtenstein), Philosoph und Theologe

Prof. Dr. Harald Walach, klinischer Psychologe, Gesundheitswissenschaftler, Leiter des Change Health Science Instituts, Berlin“

Dr. med. Ronald Weigl, Passau, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Praktischer Arzt, Naturheilverfahren

Dr. Wolfgang Wodarg, Warder, Facharzt für Innere Medizin, Pulmonologie, Sozial- und Umweltmedizin, ehem. Mitglied der Parlamentarischen Versammlung des Europarates

Korrespondenz:

Gesellschaft „Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie e.V.“

MWGFD e.V. Wittgasse 9, D-94032 Passau
corona-ausstieg@mwgfd.de



Literatur

1. Hannigan BM, Moore CBT, Quinn DG. Immunology. Bloxham: Scion; 2009.
2. Sharma AK, editor. Immunology. An Introductory Textbook. Singapore: Pan Stanford; 2019.
3. Streeck H, Wolter H. Unser Immunsystem: Wie es Bakterien, Viren & Co abwehrt und wie wir es stärken können. München: Piper; 2021.
4. Mizel SB, Jaret P. Unser Immunsystem. Frankfurt: Campus; 1988 1988/ /.
5. Mölling K. Viruses: More Friend Than Foe. Singapore: World Scientific; 2017.
6. Tlaskalová-Hogenová H, Tucková L, Stepánková R, Hudovic T, Palová-Jelínková L, Kozáková H, et al. Involvement of innate immunity in the development of inflammatory and autoimmune diseases. *Annals of the New York Academy of Science*. 2005;1051:787-98.
7. Schleip R. Fascia as an organ of communication. In: Schleip R, Findley TW, Chaitow L, Huijing PA, editors. *Fascia: The Tensional Network of the Human Body*. London: Churchill Livingstone; 2012. p. 77-9.
8. Osadchiy V, Martin CR, Mayer EA. Gut Microbiome and Modulation of CNS Function. *Comprehensive Physiology*. 2020;10(1):57-72. Epub 2019/12/20. doi: 10.1002/cphy.c180031. PubMed PMID: 31853944.
9. Pape H-C, Kurtz A, Silbernagl S, Klinke R, Brenner B, Burckhardt G, et al., editors. *Physiologie*. 9. vollst. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme; 2019.
10. Pfizer Inc. mRNA vaccine against Covid-19 - Submission for regulatory approval in Japan. 2020.
11. Kim H, Lim KY, Kang J, Park JW, Park S-H. Macrophagic myofasciitis and subcutaneous pseudolymphoma caused by aluminium adjuvants. *Scientific Reports*. 2020;10(1):11834. doi: 10.1038/s41598-020-68849-8.
12. Anderson ML, Dobkin C, Gorry D. The Effect of Influenza Vaccination for the Elderly on Hospitalization and Mortality. *Annals of Internal Medicine*. 2020;172(7):445-52. doi: 10.7326/M19-3075.
13. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni e, Rivetti A, Di Petroantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(2):CD001269. doi: 10.1002/14651858.CD001269.pub6.
14. Jefferson T, Rivetti A, Di Petroantonj C, Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;(2):CD004879. doi: 10.1002/14651858.CD004879.pub5.
15. Angel Y, Spitzer A, Henig O, Saiag E, Sprecher E, Padova H, et al. Association Between Vaccination With BNT162b2 and Incidence of Symptomatic and Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among Health Care Workers. *JAMA*. 2021. doi: 10.1001/jama.2021.7152.
16. Chau NVV, Ngoc NM, Nguyet LA, Quang VM, Ny NTH, Khoa DBaP, Nguyen Thanh, et al. Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam. *SSRN Preprints*. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3897733>
17. Shrestha NK, Burke PC, Nowacki AS, Terpeluk P, Gordon SM. Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals. *medRxiv*. 2021:2021.06.01.21258176. doi: 10.1101/2021.06.01.21258176.
18. Riemersma KK, Grogan BE, Kita-Yarbro A, Halfmann PJ, Segaloff HE, Kocharian A, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. *medRxiv*. 2021:2021.07.31.21261387. doi: 10.1101/2021.07.31.21261387.
19. Salvatore PP, Lee CC, Sleweon S, McCormick DW, Nicolae L, Knipe K, et al. Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July–August 2021. *medRxiv*. 2021:2021.11.12.21265796. doi: 10.1101/2021.11.12.21265796.
20. Bleier BS, Ramanathan M, Lane AP. COVID-19 Vaccines May Not Prevent Nasal SARS-CoV-2 Infection and Asymptomatic Transmission. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2021;164(2):305-7. doi: 10.1177/0194599820982633. PubMed PMID: 33320052.
21. Subramanian SV, Kumar A. Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. *European Journal of Epidemiology*. 2021. doi: 10.1007/s10654-021-00808-7.
22. Nordström P, Ballin M, Nordström A. Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study. *SSRN*. 2021. doi: 10.2139/ssrn.3949410
23. Wang R, Chen J, Wei G-W. Mechanisms of SARS-CoV-2 Evolution Revealing Vaccine-Resistant Mutations in Europe and America. *The Journal of Physical Chemistry Letters*. 2021;12(49):11850-7. doi: 10.1021/acs.jpcllett.1c03380.
24. Husby A, Hansen JV, Fosbøl E, Thieson EM, Madsen M, Thomsen RW, et al. SARS-CoV-2 vaccination and myocarditis or myopericarditis: population based cohort study. *BMJ*. 2021;375:e068665. doi: 10.1136/bmj-2021-068665.
25. Samavati L, Uhal BD. ACE2, Much More Than Just a Receptor for SARS-COV-2. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2020;10(317). doi: 10.3389/fcimb.2020.00317.
26. Jiang H, Mei Y-F. SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro. *Viruses*. 2021;13(10):2056. doi: 10.3390/v13102056. PubMed PMID: 34696485.
27. Pilkington EH, Suys EJA, Trevaskis NL, Wheatley AK, Zukancic D, Algarni A, et al. From influenza to COVID-19: Lipid nanoparticle mRNA vaccines at the frontiers of infectious diseases. *Acta Biomaterialia*. 2021;in print. doi: <https://doi.org/10.1016/j.actbio.2021.06.023>.
28. Dahlman JE, Barnes C, Khan OF, Thiriout A, Jhunjunwala S, Shaw TE, et al. In vivo endothelial siRNA delivery using polymeric nanoparticles with low molecular weight. *Nature Nanotechnology*. 2014;9(8):648-55. doi: 10.1038/nnano.2014.84.
29. Ndeupen S, Qin Z, Jacobsen S, Estambouli H, Bouteau A, Igyártó BZ. The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory. *bioRxiv*. 2021. Epub 2021/03/11. doi: 10.1101/2021.03.04.430128. PubMed PMID: 33688649; PubMed Central PMCID: PMC7941620.
30. Li C, Chen Y, Zhao Y, Lung DC, Ye Z, Song W, et al. Intravenous Injection of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) mRNA Vaccine Can Induce Acute Myopericarditis in Mouse Model. *Clinical Infectious Diseases*. 2021. doi: 10.1093/cid/ciab707.

31. Mevorach D, Anis E, Cedar N, Bromberg M, Haas EJ, Nadir E, et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(23):2140-9. doi: 10.1056/NEJMoa2109730.
32. Truong DT, Dionne A, Muniz JC, McHugh KE, Portman MA, Lambert LM, et al. Clinically Suspected Myocarditis Temporally Related to COVID-19 Vaccination in Adolescents and Young Adults. *Circulation*. 2021;online first. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583.
33. Greulich S, Seitz A, Müller KAL, Grün S, Ong P, Ebadi N, et al. Predictors of Mortality in Patients With Biopsy-Proven Viral Myocarditis: 10-Year Outcome Data. *Journal of the American Heart Association*. 2020;9(16):e015351. doi: 10.1161/JAHA.119.015351.
34. Alatawi YM, Hansen RA. Empirical estimation of under-reporting in the U.S. Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS). *Expert Opinion on Drug Safety*. 2017;16(7):761-7. doi: 10.1080/14740338.2017.1323867.
35. Moore TJ, Bennett CL. Underreporting of Hemorrhagic and Thrombotic Complications of Pharmaceuticals to the U.S. Food and Drug Administration: Empirical Findings for Warfarin, Clopidogrel, Ticlopidine, and Thalidomide from the Southern Network on Adverse Reactions (SONAR). *Semin Thromb Hemost*. 2012;38(08):905-7. Epub 21.10.2012.
36. Madigan D, Sigelman DW, Mayer JW, Furberg CD, Avorn J. Under-reporting of cardiovascular events in the rofecoxib Alzheimer disease studies. *American Heart Journal*. 2012;164:186-93. doi: 10.1016/j.ahj.2012.05.002.
37. Golder S, Loke YK, Bland M. Meta-analyses of adverse effects data derived from randomised controlled trials as compared to observational studies: methodological overview. *PLoS Medicine*. 2011;8(5):e1001029. doi: doi:10.1371/journal.pmed.1001026.
38. Schoenmaker L, Witzigmann D, Kulkarni JA, Verbeke R, Kersten G, Jiskoot W, et al. mRNA-lipid nanoparticle COVID-19 vaccines: Structure and stability. *International Journal of Pharmaceutics*. 2021;601:120586. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2021.120586.
39. Sahin U, Karikó K, Türeci Ö. mRNA-based therapeutics — developing a new class of drugs. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2014;13(10):759-80. doi: 10.1038/nrd4278.
40. Föhse FK, Geckin B, Overheul GJ, van de Maat J, Kilic G, Bulut O, et al. The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses. *medRxiv*. 2021:2021.05.03.21256520. doi: 10.1101/2021.05.03.21256520.
41. Karikó K, Buckstein M, Ni H, Weissman D. Suppression of RNA Recognition by Toll-like Receptors: The Impact of Nucleoside Modification and the Evolutionary Origin of RNA. *Immunity*. 2005;23(2):165-75. doi: 10.1016/j.immuni.2005.06.008.
42. Takeuchi O, Akira S. Innate immunity to virus infection. *Immunological Reviews*. 2009;227(1):75-86. doi: 10.1111/j.1600-065X.2008.00737.x. PubMed Central PMCID: PMC5489343.
43. Krutzke L, Roesler R, Wiese S, Kochanek S. Process-related impurities in the ChAdOx1 nCov-19 vaccine. *Nature Portfolio*. 2021. doi: 10.21203/rs.3.rs-477964/v1.
44. Kuhbandner C. Der Anstieg der Übersterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit dem COVID-Impfungen - Manuskript. *Open Science Foundation*. 2022;https://osf.io/5gu8a/.
45. Hazell L, Shakri SAW. Under-reporting of adverse drug reactions. A systematic review. *Drug Safety*. 2006;29(5):385-96.
46. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The Safety of COVID-19 Vaccinations — Should We Rethink the Policy? *Science, Public Health Policy, and the Law*. 2021;3:87-99. doi: https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5.
47. Tanveer S, Rowhani-Farid A, Hong K, Jefferson T, Doshi P. Transparency of COVID-19 vaccine trials: decisions without data. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2021;bmjebm-2021-111735. doi: 10.1136/bmjebm-2021-111735.
48. Olliaro P, Torreele E, Vaillant M. COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness - the elephant (not) in the room. *The Lancet Microbe*. 2021;2(7):e279-e80. doi: 10.1016/S2666-5247(21)00069-0.
49. Frank G. Der Staatsvirus. Ein Arzt erklärt, wie die Vernunft im Lockdown starb. Berlin: Achgut; 2021.
50. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College, 2020.
51. an der Heiden M, Buchholz U. Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut, 2020.
52. Sagripanti J. Prestige does not bring truth. *CBRNe World*. 2020;August:40-3.
53. Rommel A, von der Lippe E, Plaß D, Ziese T, Diercke M, an der Heiden M, et al. The COVID-19 Disease Burden in Germany in 2020. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2021;118(9):145-51. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0147.
54. Sönnichsen A, Mühlhauser I, Meyer G. Methodische Fehler - Leserbrief zu Rommel et al (2021). *Deutsches Ärzteblatt*. 2021;118(27-28):489. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0243.
55. Kowall B, Jöckel K-H, Stang A. Überschätzte Zahlen - Leserbrief zu Romme et al (2021). *Deutsches Ärzteblatt*. 2021;118(27-28):489. doi: 0.3238/arztebl.m2021.0243.
56. Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *eLife*. 2021;10:e69336. doi: 10.7554/eLife.69336.
57. Faust JS, del Rio C. Assessment of Deaths From COVID-19 and From Seasonal Influenza. *JAMA Internal Medicine*. 2020. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2306.
58. Everts J. The dashboard pandemic. *Dialogues in Human Geography*. 2020;10(2):260-4. doi: 10.1177/2043820620935355.
59. Ioannidis JPA. The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99:19-33F. doi: 10.2471/BLT.20.265892.
60. Ioannidis JPA. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: an overview of systematic evaluations. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51:e13554. doi: https://doi.org/10.1111/eci.13554.
61. Thornley S, Morris AJ, Sundborn G, Bailey S. How fatal is covid-19 compared with seasonal influenza? The devil is in the detail. *BMJ*. 2020;(371):m3883. doi: 10.1136/bmj.m3883.

62. Axfors C, Ioannidis JPA. Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview. medRxiv. 2021:2021.07.08.21260210. doi: 10.1101/2021.07.08.21260210.
63. O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J, et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature*. 2021;590(7844):140-5. doi: 10.1038/s41586-020-2918-0.
64. Ng KW, Faulkner N, Cornish GH, Rosa A, Harvey R, Hussain S, et al. Preexisting and de novo humoral immunity to SARS-CoV-2 in humans. *Science*. 2020:eabe1107. doi: 10.1126/science.abe1107.
65. Nelde A, Bilich T, Heitmann JS, Maringer Y, Salih HR, Roerden M, et al. SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition. *Nature Immunology*. 2021;22(1):74-85. Epub 2020/10/02. doi: 10.1038/s41590-020-00808-x. PubMed PMID: 32999467.
66. McCullough PA, Kelly RJ, Ruocco G, Lerma E, Tumlin J, Wheelan KR, et al. Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *The American Journal of Medicine*. 2021;134(1):16-22. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.07.003.
67. Bryant A, Lawrie TA, Dowswell T, Fordham EJ, Mitchell S, Hill SR, et al. Ivermectin for Prevention and Treatment of COVID-19 Infection: A Systematic Review, Meta-analysis, and Trial Sequential Analysis to Inform Clinical Guidelines. *American Journal of Therapeutics*. 2021;28(4):e434-e60. doi: 10.1097/mjt.0000000000001402. PubMed PMID: 00045391-202108000-00007.
68. Popp M, Stegemann M, Metzendorf M-I, Gould S, Kranke P, Meybohm P, et al. Ivermectin for preventing and treating COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;CD015017.pub2. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015017.pub2>.
69. Guerrero R, Bravo LE, Munoz E, Grillo Ardila EK, Geurrero E. COVID-19: The Ivermectin African enigma. *Colombia Médica*. 2020;51(4):e2014613. doi: 10.25100/cm.v51i4.4613.
70. Kennedy Jr. RF. *The Real Anthony Fauci. Bill Gates, Big Pharma, and the Global War on Democracy and Public Health*. New York: Skyhorse Publishing; 2021.
71. Lausen T, van Rossum W. *Die Intensivmafia: Von den Hirten der Pandemie und ihren Profiten*. München: Rubikon; 2021.
72. Karagiannidis C, Hermes C, Krakau M, Löffert K, Welte T, Janssen U. *Versorgung der Bevölkerung in Gefahr*. Deutsches Ärzteblatt. 2019;116(10):A462-6.
73. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. *Burn-out in der Anästhesie und Intensivmedizin*. *Der Anaesthesist*. 2011;60:1109-18.
74. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-9. doi: 10.1001/jama.2020.6775.
75. Vogt H. *Der asymptomatische Mensch: Die Medikalisation der Lebenswelt am Beispiel von Alzheimer und Demenz*. Bielefeld: transcript; 2021.
76. Yanes-Lane M, Winters N, Fregonese F, Bastos M, Perlman-Arrow S, Campbell JR, et al. Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2020;15(11):e0241536. doi: 10.1371/journal.pone.0241536.
77. Kronbichler A, Kresse D, Yoon S, Lee KH, Effenberger M, Shin JI. Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020;98:180-6.
78. Linsenmeyer K, Charness ME, O'Brien WJ, Strymish J, Doshi SJ, Ljaamo SK, et al. Vaccination Status and the Detection of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Personnel Under Surveillance in Long-term Residential Facilities. *JAMA Network Open*. 2021;4(11):e2134229-e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.34229.
79. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws M-L, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis. *Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada (JAMMI)*. 2020;5(4):223-34. doi: 10.3138/jammi-2020-0030.
80. Geffers C, Gastmeier P. Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger in Deutschland: Epidemiologische Daten aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. *Deutsches Ärzteblatt*. 2011;108(6):87-93. doi: 10.3238/arztebl.2011.0087.
81. Zacher B, Haller S, Willrich N, Walter J, Abu Sin M, Cassini A, et al. Application of a new methodology and R package reveals a high burden of healthcare-associated infections (HAI) in Germany compared to the average in the European Union/European Economic Area, 2011 to 2012. *Eurosurveillance*. 2019;24(46):1900135. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.46.1900135>.
82. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.8259.
83. COVID-19: Wo ist die Evidenz? Stellungnahme Deutsches Netzwerk Evidenz-basierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) [Internet]. Berlin: EBM-Netzwerk; 2020. Available from: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/covid-19>
84. Klement RJ, Bandyopadhyay PS. The Epistemology of a Positive SARS-CoV-2 Test. *Acta Biotheoretica*. 2020;(Sept 4):1-17. doi: 10.1007/s10441-020-09393-w.
85. Lühmann D. *Netzwerk Evidence Based Medicine. Anlassloses Testen auf SARS-CoV2*. *KVH-Journal*. 2020;9:28-30.
86. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Eurosurveillance*. 2020;25(3):2000045. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>.
87. Borger P, Malhotra RK, Yeadon M, Craig C, McKernan K, Steger K, et al. External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results. *Zenodo*. 2020;4298004. doi: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4298004>.
88. Jefferson T, Spencer E, Brassey J, Heneghan C. Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment. Systematic review. medRxiv. 2020:2020.08.04.20167932. doi: 10.1101/2020.08.04.20167932.

89. Singanayagam A, Patel M, Charlett A, Lopez Bernal J, Saliba V, Ellis J, et al. Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(32):2001483. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.32.2001483>.
90. Stang A, Robers J, Schonert B, Jöckel K-H, Spelsberg A, Keil U, et al. The performance of the SARS-CoV-2 RT-PCR test as a tool for detecting SARS-CoV-2 infection in the population. *Journal of Infection*. 2021;83(2):237-79. doi: [10.1016/j.jinf.2021.05.022](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.05.022).
91. Jaafar R, Aherfi S, Wurtz N, Grimaldier C, Van Hoang T, Colson P, et al. Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates. *Clinical Infectious Diseases*. 2020. doi: [10.1093/cid/ciaa1491](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491).
92. Sagripanti J-L, Aquilano DR. Progression of COVID-19 under the highly restrictive measures imposed in Argentina. *Journal of Public Health Research*. 2021. doi: [10.4081/jphr.2021.2490](https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2490).
93. Bendavid E, Oh C, Bhattacharya J, Ioannidis JPA. Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021:e13484. doi: <https://doi.org/10.1111/eci.13484>.
94. Chin V, Ioannidis JPA, Tanner MA, Cripps S. Effect Estimates of COVID-19 Non-Pharmaceutical Interventions are Non-Robust and Highly Model-Dependent. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2021. doi: [10.1016/j.jclinepi.2021.03.014](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.03.014).
95. Friston KJ, Parr T, Zeidman P, Razi A, Flandin G, Daunizeau J, et al. Second waves, social distancing, and the spread of COVID-19 across America. *arXiv*. 2020;1104.3344v1.
96. De Laroche Lambert Q, Marc A, Antero J, Le Bourg E, Toussaint J-F. Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation. *Frontiers in Public Health*. 2020;8(782). doi: [10.3389/fpubh.2020.604339](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604339).
97. Wieland T. Flatten the Curve! Modeling SARS-CoV-2/COVID-19 Growth in Germany on the County Level. *medRxiv*. 2020:2020.05.14.20101667. doi: [10.1101/2020.05.14.20101667](https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20101667).
98. Wieland T. A phenomenological approach to assessing the effectiveness of COVID-19 related nonpharmaceutical interventions in Germany. *Safety Science*. 2020;131:104924. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104924>.
99. Dehning J, Zierenberg J, Spitzner FP, Wibral M, Neto JP, Wilczek M, et al. Inferring change points in the spread of COVID-19 reveals the effectiveness of interventions. *Science*. 2020;369(6500):eabb9789. doi: [10.1126/science.abb9789](https://doi.org/10.1126/science.abb9789).
100. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Was Germany's Lockdown in Spring 2020 Necessary? How bad data quality can turn a simulation into a dissimulation that shapes the future. *Futures*. 2022;135:102879. doi: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102879>.
101. Jefferson T, Del Mar C, Dooley E, Ferroni E, Al Ansari LA, Bawazeer G, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;CD006207.pub5. doi: [10.1002/14651858.CD006207.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub5).
102. Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, von Buchwald C, Todsén T, Norsk JB, et al. Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers. *Annals of Internal Medicine*. 2020. doi: [10.7326/M20-6817](https://doi.org/10.7326/M20-6817).
103. Kappstein I. Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit. *Krankenhaushygiene up2date*. 2020;15(03):279-97. doi: [10.1055/a-1174-6591](https://doi.org/10.1055/a-1174-6591).
104. Kisielinski K, Giboni P, Prescher A, Klosterhalfen B, Graessel D, Funken S, et al. Is a Mask That Covers the Mouth and Nose Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free of Potential Hazards? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8):4344. PubMed PMID: [doi:10.3390/ijerph18084344](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901808/).
105. Matuschek C, Moll F, Fangerau H, Fischer JC, Zänker K, van Griensven M, et al. Face masks: benefits and risks during the COVID-19 crisis. *European Journal of Medical Research*. 2020;25(1):32. doi: [10.1186/s40001-020-00430-5](https://doi.org/10.1186/s40001-020-00430-5).
106. Bagheri G, Thiede B, Hejazi B, Schlenczek O, Bodenschatz E. An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2021;118(49):e2110117118. doi: [10.1073/pnas.2110117118](https://doi.org/10.1073/pnas.2110117118).
107. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(4):411-2. doi: [10.1016/S1473-3099\(20\)30113-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30113-4).
108. Blot M, Jacquier M, Manoha C, Piroth L, Charles P-E. Pneumochondrie study g. Alveolar SARS-CoV-2 Viral Load Is Tightly Correlated With Severity in COVID-19 ARDS. *Clin Infect Dis*. 2021;72(9):e446-e7. doi: [10.1093/cid/ciaa1172](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1172). PubMed PMID: [32770223](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32770223/).
109. Ueki H, Furusawa Y, Iwatsuki-Horimoto K, Imai M, Kabata H, Nishimura H, et al. Effectiveness of Face Masks in Preventing Airborne Transmission of SARS-CoV-2. *mSphere*. 2020;5(5):e00637-20. doi: [10.1128/mSphere.00637-20](https://doi.org/10.1128/mSphere.00637-20).
110. Hockertz S. Generation Maske. Corona: Angst und Herausforderung. Rottenburg: Kopp Verlag; 2021.
111. Schwarz S, Jenetzky E, Krafft H, Maurer T, Martin D. Corona children studies „Co-Ki“: First results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children. *Research Square Preprint: Non-peer-reviewed preliminary publication*. 2021. doi: [10.21203/rs.3.rs-124394/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-124394/v1).
112. Rhee MSM, Lindquist CD, Silvestrini MT, Chan AC, Ong JY, Sharma VK. Carbon dioxide increases with face masks but remains below short-term NIOSH limits. *BMC Infectious Diseases*. 2021;21(1):354. Epub 2021/04/17. doi: [10.1186/s12879-021-06056-0](https://doi.org/10.1186/s12879-021-06056-0). PubMed PMID: [33858372](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33858372/); PubMed Central PMCID: [PMC8049746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC8049746/).
113. Walach H, Weikl R, Prentice J, Diemer A, Traindl H, Kappes A, et al. Carbon Dioxide Rises Beyond Acceptable Safety Levels in Children Under Nose and Mouth Covering: Results of an Experimental Measurement Study in Healthy Children. *Archiveorg*. 2021; <https://archive.org/details/Carbon-Dioxide-Face-Masks>.
114. Umweltbundesamt. Gesundheitliche Bewertung von Kohlendioxid in der Innenraumluft [Health assessment of carbon dioxide in air within closed rooms]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2008;51(11):1358-69. doi: [10.1007/s00103-008-0707-2](https://doi.org/10.1007/s00103-008-0707-2).

115. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2021. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
116. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*. 2020. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1562.
117. Maaz H-J. Kollektive Angststörung von (inter-)nationaler Tragweite. *Jahrbuch Psychotherapie*. 2021;1:7-18.
118. Bendau A, Petzold MB, Pyrkosch L, Mascarell Maricic L, Betzler F, Rogoll J, et al. Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2021;271(2):283-91. doi: 10.1007/s00406-020-01171-6.
119. Christakis DA, Van Cleve W, Zimmerman FJ. Estimation of US Children's Educational Attainment and Years of Life Lost Associated With Primary School Closures During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(11):e2028786-e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28786.
120. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-58. doi: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
121. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, et al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(5):389-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>.
122. Moser DA, Glaus J, Frangou S, Schechter DS. Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID-19 mitigation strategies based on Swiss data. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e58. Epub 05/29. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.56.
123. Jenkins P, Sikora K, Dolan P. Lieve-years and lockdowns: estimating the effects on Covid-19 and cancer outcomes from the UK's response to the pandemic. *European Journal of Clinical Oncology*. 2021;3(1):001-3.
124. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004;130(4):601-30.
125. Meissner K. Vermeidbares Leid: Noceboeffekte und die COVID-19-Pandemie. *Complementary Medicine Research*. 2021;28(2):87-8. doi: 10.1159/000515848.
126. Amanzio M, Howick J, Bartoli M, Cipriani GE, Kong J. How Do Nocebo Phenomena Provide a Theoretical Framework for the COVID-19 Pandemic? *Frontiers in Psychology*. 2020;11(2805). doi: 10.3389/fpsyg.2020.589884.
127. Klement RJ, Walach H. Low Vitamin D Status and Influenza Vaccination Rates are Positive Predictors of Early Covid-19 Related Deaths in Europe – A Modeling Approach. *Zenodo*. 2021. doi: 10.5281/zenodo.4680691.
128. Sagripanti J. Seasonal Effect of Sunlight on COVID-19 among Countries with and without Lock-Downs. *Open Journal of Epidemiology*. 2021;11:303-25. doi: 10.4236/ojepi.2021.113027.
129. Walrand S. Autumn COVID-19 surge dates in Europe correlated to latitudes, not to temperature-humidity, pointing to vitamin D as contributing factor. *Scientific Reports*. 2021;11(1):1981. doi: 10.1038/s41598-021-81419-w.
130. Grant WB, Lahore H, McDonnell SL, Baggerly CA, French CB, Aliano JL, et al. Evidence that vitamin D supplementatoin could reduce rsik of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*. 2020;12(4):988. doi: 10.3390/nu12040988.
131. Ilie PC, Stefanescu S, Smith L. The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2020;32(7):1195-8. doi: 10.1007/s40520-020-01570-8.
132. Singh S, Kaur R, Singh RK. Revisiting the role of vitamin D levels in the prevention of COVID-19 infection and mortality in European countries post infections peak. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2020;32(8):1609-12. doi: 10.1007/s40520-020-01619-8.
133. Quesada-Gomez JM, Entrenas-Castillo M, Bouillon R. Vitamin D receptor stimulation to reduce acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients with coronavirus SARS-CoV-2 infections: Revised Ms SBMB 2020_166. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2020;202:105719. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105719>.
134. Kaufman HW, Niles JK, Kroll MH, Bi C, Holick MF. SARS-CoV-2 positivity rates associated with circulating 25-hydroxyvitamin D levels. *PLOS ONE*. 2020;15(9):e0239252. doi: 10.1371/journal.pone.0239252.
135. Brenner H, Holleczer B, Schöttker B. 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*. 2020;12(8):2488. PubMed PMID: doi:10.3390/nu12082488.
136. Panarese A, Shahini E. Letter: Covid-19, and vitamin D. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2020;51(10):993-5. Epub 04/12. doi: 10.1111/apt.15752. PubMed PMID: 32281109.
137. Radujkovic A, Hippchen T, Tiwari-Heckler S, Dreher S, Boxberger M, Merle U. Vitamin D Deficiency and Outcome of COVID-19 Patients. *Nutrients*. 2020;12(9):2757. PubMed PMID: doi:10.3390/nu12092757.
138. Annweiler G, Corvaisier M, Gautier J, Dubée V, Legrand E, Sacco G, et al. Vitamin D Supplementation Associated to Better Survival in Hospitalized Frail Elderly COVID-19 Patients: The GERIA-COVID Quasi-Experimental Study. *Nutrients*. 2020;12(11):3377. PubMed PMID: doi:10.3390/nu12113377.
139. Meyen M. Die Propaganda Matrix: Der Kampf für freie Medien entschieden über unsere Zukunft [The Propaganda Matrix: The Fight for Free Media Decides our Future]. München: Rubikon; 2021.
140. Krüger U. Meinungsmacht: der Einfluss von Eliten auf Leitmedien und Alpha-Journalisten. Eine kritische Netzwerkanalyse. Köln: von Halem; 2013.
141. Schreyer P. Chronik einer angekündigten Krise: Wie ein Virus die Welt verändern könnte. Frankfurt: Westend; 2020.

Gesellschaft „Mediziner und Wissenschaftler
für Gesundheit, Freiheit und Demokratie e.V.“

MWGFD e.V.
Wittgasse 9, D-94032 Passau
corona-ausstieg@mwgfd.de

