

Gedanken über COVID-19 und die Impfung

von Aaron King, dem Kolumnist vom [Noxlupus-Verlag](#)

Hinweis des Herausgebers: Der Inhalt des folgenden Textes ist durch das Studieren der verschiedensten themenbezogenen Quellen zusammengetragen worden. Das daraus resultierende Ergebnis nimmt für sich das Recht der Meinungsfreiheit in Anspruch. Dabei ist es nicht gänzlich auszuschließen, dass trotz sorgfältiger Prüfung einige der hier getätigten Aussagen Fehler beinhalten können. Dieser Artikel dient dem Leser als Anregung dafür, sich weiter über das Dargelegte zu informieren. Nach dem Motto: Informiere dich weitläufig; nur durch eine Quelle allein kann man sich keine Meinung/kein Urteil bilden, keine Erkenntnis erlangen und sich kein Wissen aneignen!

99,67% der Menschen in Deutschland (Stand 07.05.2021 RKI)

sind nicht vom Virus SARS-CoV-2 betroffen!

gesamt pos. Test - Tote - Genesene = aktuell mit pos. Test

3.507.673 - 84.648 - 3.147.100 = 275.925 das sind 0,33% der Bevölkerung

(275.925x100/83.166.711 (Einwohner, Stand 31.12.2019))

97,38% der SARS-CoV-2 positiv Getesteten sind nicht damit verstorben!

(84.648x100/3.507.673-275.925=2,62)

Laut RKI-Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen, sind in Deutschland (Stand 23.04.2021)

54.061.332 Tests durchgeführt worden.

3.245.253 waren positiv (6,0%)

65% der Bevölkerung wurde getestet (etwa, da Mehrfachtestungen)

3,9% der Bevölkerung hatten einen positiven Test (etwa, da Mehrfachtestungen)

0,1% der Bevölkerung sind mit einem positiven Test verstorben

Jeder positiv Getestete gilt als mit/an COVID-19 verstorben. Dabei ist unbedeutend, ob bestimmte Vorerkrankungen (die ein zeitnahes Ableben mit sich bringen) vorliegen. Obduktionen werden wenig bis gar nicht durchgeführt und es spielt auch keine Rolle, ob es sich um einen Verkehrsunfall mit tödlichem Ausgang handelt. Alle gehen in die Statistik der COVID-19 Verstorbenen mit ein. Die täglich berichteten Infiziertenzahlen sagen nicht aus, ob die Menschen krank sind oder nicht. Denn es handelt sich lediglich um positive PCR-Teste, die unabhängig von der klinischen Symptomatik dem Robert-Koch-Institut gemeldet werden.

Ein PCR-Test ist kein Diagnosemittel für eine Krankheit, sondern lediglich ein Hilfsmittel. Die WHO schreibt dazu sinngemäß: Dass ein positiver PCR-Test niemals allein als Nachweis für eine „Infektion/Krankheit“ hergenommen werden darf. Somit ist dieser, neben den anderen Untersuchungen und Auswertungen wie die Begutachtung der Symptome, der Patientenanamnese sowie dem Zeitpunkt der Probenentnahme, dem Probentyp mit seinen Test-Spezifika und den epidemiologischen Informationen nur als Beiwerk anzusehen. Doch dieses „Beiwerk“ stellt seit Anfang 2020 das Hauptkriterium bei der Untersuchung von SARS-Cov-2-Patienten dar bzw. sogar das alleinige. Dieses bedeutet, dass ein positives PCR-Testergebnis keine Aussagekraft über „Krankheit und Infektion“ besitzt, wenn die Getesteten symptomlos sind, was eine Steigerung der falsch-positiv-Ergebnisse mit sich bringt. Dieses stellt ein großes Problem für die Corona-Pandemie dar, denn alle

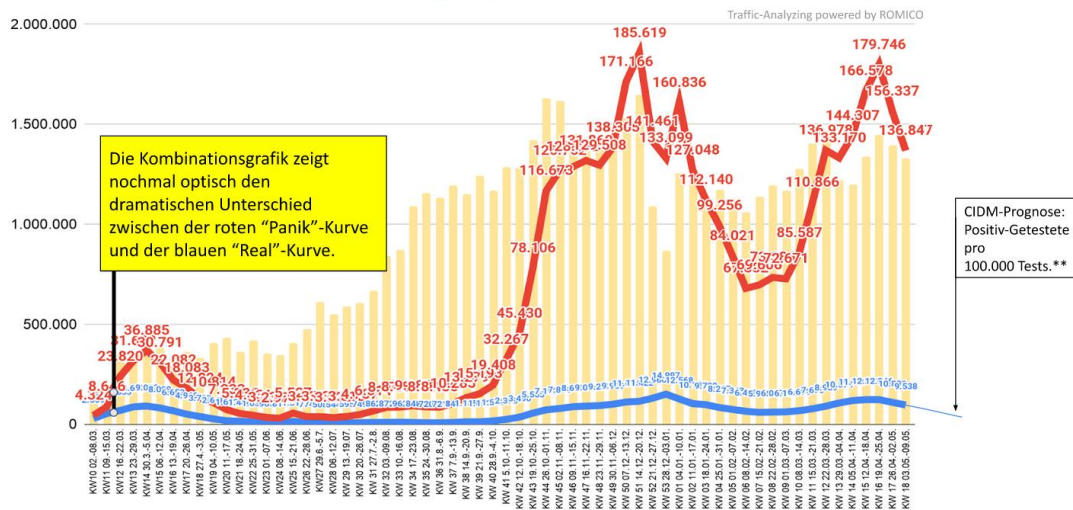


politischen Maßnahmen, die ergriffen werden, um die Pandemie einzudämmen, beruhen auf eben solchen positiven Testergebnissen. Wird jetzt immer weiter getestet, zudem wahllos symptomlose Menschen, wird allein wegen der Falsch-positiven (1-2%) der Inzidenzwert niemals ganz verschwinden können. Es ist auffallend, wie sich die Anzahl der Tests auf die gefundenen Fälle auswirken.

Da die Coronaviren zu den Erkältungsviren gehören ist es nicht verwunderlich, dass die Positivrate in den Wintermonaten höher ist als im Rest des Jahres. So waren die Fälle im Sommerhalbjahr 2020 nie aus dem Fehlerbereich hinausgekommen (im Verhältnis von 1.000 Testungen).

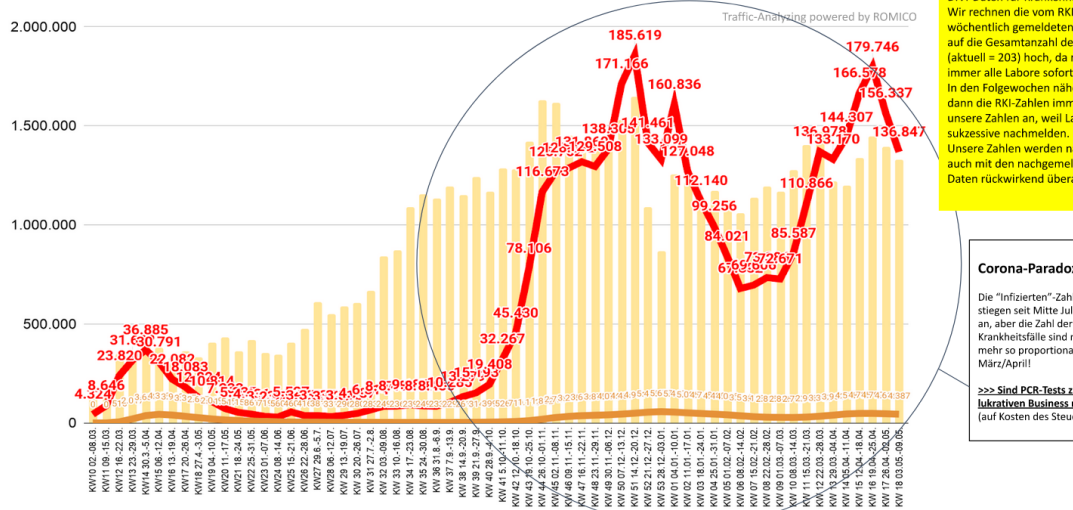
CIDM.online Ab KW46 Dekompensierung (Anpassung Testmengen) für Vergleichbarkeit mit Vorwochen, da Änderung der RKI-Teststrategie.

Aktuelle Corona-Statistik Deutschland 7/7: Fälle pro Woche im Verhältnis Anzahl Tests (IST*), Test-Positive absolut (IST*), Test-Positive relativ/100.000 Tests (IST**)



CIDM.online Erläuterung Abweichung Anzahl PCR-Tests und Anzahl PCR-Test-Positive gegenüber RKI: Es gibt für Labore keine Meldepflicht wie z.B. bei den DIVI-Daten für Krankenhäuser. Wir rechnen die vom RKI wöchentlich gemeldeten Zahlen auf die Gesamtanzahl der Labore (aktuell = 203) hoch, da nicht immer alle Labore sofort melden. In den Folgewochen nähern sich dann die RKI-Zahlen immer an unsere Zahlen an, weil Labore sukzessive nachmelden. Unsere Zahlen werden natürlich auch mit den nachgemeldeten Daten rückwirkend überarbeitet.

Aktuelle Corona-Statistik Deutschland 5/7: "Das Corona-Paradoxon"



(Quelle: CIDM.online (dieses in der Browser-Adressezeile eingeben))



Aus den genannten Gründen ist ein PCR-Test nicht dafür geeignet, eine Infektion, wie es das Infektionsschutzgesetz (IfSG) „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen §2 Begriffsbestimmungen Pos.2“ verlangt. Denn dort heißt es, dass eine Infektion nur dann besteht, wenn „die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus vorhanden ist“. Laut diesem Gesetz ist das alleinige Vorhandensein eines Krankheitserregers nicht ausreichend um als Infektion zu gelten. Somit kann der PCR-Test keine Infektion per Gesetzdefinition feststellen. Denn er zeigt nur an, dass sich ein Erreger bzw. eventuell auch nur ein Teil dessen im Körper befindet, weist aber nicht darauf hin, ob der Organismus damit tatsächlich infiziert ist, also eine Vermehrung stattgefunden hat. Erst wenn der Erreger in eine Zelle eindringt und sich dort vermehren kann (repliziert), erst dann ist man infiziert und es kommen die Symptome, die einem sagen, dass man krank ist. Allein die RNA von SARS-CoV-2 ist bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar *1. Somit dürfte in den Medien nicht pauschal und permanent von Infizierten gesprochen werden und schon gar nicht von COVID-19 Fällen; das gilt auch für die Politiker.

Im Papier der „Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 3. März 2021“ ist zu lesen: „Allen asymptomatischen Bürgerinnen und Bürgern wird mindestens einmal pro Woche ein kostenloser Schnelltest (...) ermöglicht. Die Kosten übernimmt ab dem 8. März der Bund.“ Heist also: Wir – die Bürger – die sich gesund fühlen, sind auf gewisse Weise in Wirklichkeit krank, wissen es nicht und stellen somit eine Gefahr für alle anderen dar. Aus diesem Anlass gehen wir zusätzlich in einen Supermarkt, kaufen einen weiteren Test, um rauszufinden, ob wir zum Arzt müssen, der dann einen PCR-Test macht, der dann sagt, ob wir vielleicht krank sind.

Eine PCR-Verdeutlichung: Es wird bei einer Verdachtsperson ein kaum wahrnehmbares Hundehaar auf der Schulter gefunden (bei einer COVID Verdächtigen sind es SARS-CoV-2-Genschnipsel im Rachen), dieses wird im Labor millionenfach kopiert. Nun sind ganz viele Hundehaare vorhanden (ganz viele SARS-CoV-2-Genschnipsel), worauf rückgeschlossen wird, dass ein Hund vorhanden sein muss (dass ein Virus vorhanden sein muss), was bedeutet, dass diejenige, bei der das Haar gefunden wurde, von jetzt an Hundesteuer zahlen muss (muss sie in Quarantäne, da infiziert). Die PCR-Methode ist ein reines Kopierprogramm, um etwas durch Vermehrung sichtbar zu machen. PCR kann nicht unterscheiden, ob es sich bei dem gefundenen um ein vermehrungsfähiges oder ein nicht vermehrungsfähiges Virus handelt. Dieses ist allerdings Voraussetzung für den Nachweis einer Infektion.

Wegen dieser Möglichkeit wird die PCR auch in der Forensik eingesetzt, um aus beispielsweise Haarresten, Hautschuppen oder anderen Spurenmaterialien die so vorhandenen Rest-DNA zu vervielfältigen, dass die genetische Herkunft der Täter erkennbar bzw. beweisbar ist („Genetischer Fingerabdruck“). Da es sich also um eine Kopierung von etwas handelt und eine Genom-Sequenz dadurch erkennbar gemacht wird, (beispielsweise vom SARS-CoV-2), bedeutet dies nicht unbedingt, dass eine Person mit positiven Testergebnis auch mit einem replizierenden SARS-CoV-2 infiziert ist und folglich auch nicht zwangsweise für andere Personen ansteckend, also „gefährlich“ ist.



mit/an COVID verstorben Stand 04.04.2021

Altersgruppe	Anzahl Personen	Verstorben (mit/an COVID)	Anteil
0- 9	7.688.346	24	0,00%
10-19	7.642.156	15	0,00%
20-29	9.682.902	88	0,00%
30-39	10.784.930	192	0,00%
40-49	10.182.384	479	0,00%
50-59	13.447.540	2.148	0,02%
60-69	10.506.803	6.196	0,06%
70-79	7.550.515	15.186	0,20%
80-89	4.858.088	35.880	0,74%
90+	823.047	17.546	2,13%
Gesamt	83.166.711	77.754	0,09%

Eine Analyse von 44.415 positiv Getesteten in Wuhan/China
(Quelle: RKI Epidemiologisches Bulletin 2/2021) ergab folgendes:

81% waren symptomlos bzw. hatten einen milden Verlauf

14% hatten einen schweren Verlauf

5% waren intensiv-pflichtig

Besonders betroffen waren ältere Personen (über 60 Jahre)
und Personen mit Vorerkrankungen.

Die Fallsterblichkeit lag bei:

55-Jährigen bei 0,4%

65-Jährigen bei 1,4%

75-Jährigen bei 4,6%

85-Jährigen bei 15,0%

Der **Altersmittelwert** der COVID-19 Verstorbenen in Deutschland **beträgt 84 Jahre**, die allgemeine Lebenserwartung liegt bei 81 Jahren.

Ein großer Anteil an Todesfällen und Ausbrüchen trat unter Bewohnern von Senioren- und Altenpflegeheimen auf. Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, wobei Demenz und Adipositas (Übergewicht), sowie eine Organtransplantation, an oberster Stelle stehen, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken. Die Risikoerhöhung ist allerdings je nach Vorerkrankung und ihrer Ausprägung sehr unterschiedlich und meist deutlich geringer als die altersbedingte Risikoerhöhung, die sich mit zunehmendem Jahrzehnt erhöht, was abhängig vom Zustand des Immunsystems ist.

Angemerkt sei noch, dass sich das tatsächliche Risiko, schwer an COVID zu erkranken, nicht auf das numerische Alter bezieht, sondern lediglich auf einen für die Altersgruppe repräsentativen Gesundheitszustand. Das ist deswegen wichtig, weil gerade Menschen über 80 Jahre mit einem schlechten Gesundheitszustand der öffentlichen Wahrnehmung größtenteils entzogen sind, da sie in Heimen, Pflegeeinrichtungen und Palliativstationen untergebracht sind. Das führt möglicherweise zu einer völlig falschen Einschätzung der Gefährdungssituation bei gesunden alten Menschen.



Für 2.382.059 (69 %) der übermittelten Fälle lagen klinische Informationen vor.
(Täglicher Lagebericht RKI vom 04.05.2021)

Diese teilen sich wie folgt auf:

Husten	41%
Schnupfen	30%
Fieber	26%
Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes	20%
Halsschmerzen	22%
Pneumonie (Lungenentzündung)	1%

Atemnot

Kopf- und Gliederschmerzen

Zu den seltenen Krankheitszeichen:

Magen-Darm-Beschwerden

Bindehautentzündung

Lymphknotenschwellungen

Folgeschäden am Nerven- oder Herz-Kreislaufsystem und langanhaltende Krankheitsverläufe sind möglich. Obwohl ein milder Verlauf der Krankheit häufig ist und die meisten Erkrankten vollständig genesen, sind schwere Verläufe mit Lungenentzündung, die über ein Lungenversagen zum Tod führen können, möglich.

Einige COVID-19-Patienten haben sich auch Wochen oder Monate nach Beginn der Erkrankung nicht wieder erholt und leiden weiterhin unter schweren Allgemeinsymptomen. Aus englischen Daten *2 geht hervor, dass etwa 40% der Hospitalisierten längerfristige Hilfe benötigen und bei etwa 10% der milden Erkrankten die Symptome länger als 4 Wochen andauern. Dabei wird besonders häufig über Luftnot, Muskelschmerzen, Gedächtnisstörungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, eine ausgeprägte Erschöpfung und Müdigkeit berichtet.

Bei einer Nachbeobachtung, speziell auf die psychische Gesundheit, wurde festgestellt, dass ein hoher Anteil der Genesenen an nachwirkenden Belastungsstörungen, Angststörungen oder Depressionen leidet. Patienten, die schon vor ihrer COVID-19-Erkrankung an einer psychiatrischen Erkrankung litten, hatten eine Symptomverschlechterung. Die Langzeitfolgen von COVID-19 sind noch unklar und Prognosen sowie Therapieoptionen sind unerforscht. Lang- und Spätfolgen können nach jeder Infektionskrankheit (je nach Krankheitsverlauf (Länge, Intensivität) und Stärke des Immunsystems) auftreten, sind somit nicht COVID-19 spezifisch.



Bei den COVID-19 Impfungen wird größte Hoffnung in die genetischen Impfstoffe gesetzt. Diese werden seit 30 Jahren getestet und es wurde vorher noch keiner dieser Kandidaten zugelassen. Nun sind solche Impfstoffe für eine neue Krankheit (COVID-19) nach etwa neun Monaten mit einer bedingten Zulassung (unter anderem zeitlich begrenzt und die Phase 3 Studie läuft quasi weiter allerdings nicht mit dafür ausgewählten Probanden, sondern mit der Allgemeinbevölkerung) auf den Markt gebracht worden. Bei der Entwicklung wurden Regularien verkürzt, Tests beschleunigt und die einzelnen Studien-Phasen (die sonst aus Sicherheitsgründen hintereinander laufen) wurden parallel durchgeführt (zusammengeschoben, teleskopiert).

Bei den ursprünglichen Impf-Methoden wird, vereinfacht gesagt, der Erreger in abgeschwächter Form gespritzt, bei den neuen Impfstoffen werden Geneile von diesem verabreicht und der Körper soll dieses Erregerteil (Gen) selbst produzieren, um dann Antikörper gegen den Erreger (SARS-CoV-2) zu entwickeln.

Anmerkung: Ein neuer Impfstoff mit den bereits zugelassenen Methoden hat eine Entwicklungszeit von mindestens acht Jahren. Bei Impfungen wie Grippe geht es durchaus schneller, denn der Grundstein ist gelegt und er muss nur jährlich minimal angepasst werden. Trotzdem hinkt dieser meist 1-2 Jahre hinterher, was bedeutet, es kann nur gegen 2 Jahre alte Viren geimpft werden, nicht gegen die, die aktuell im Umlauf sind (ähnlich wie bei Computerviren, diese müssen auch erst entdeckt werden, bevor man sie ins Register des Anti-Virenprogrammes mit aufnehmen kann).

Es ist nicht das erste Mal, dass ein Impfstoff auf die Schnelle zusammengebraut wurde, der dann enorme Schäden verursacht hat, nachweislich nicht benötigt wurde und die Restbestände im Wert von mehreren Millionen in den Brennöfen landeten. Dieses war bei der „Schweinegrippepandemie“ 2009 der Fall und hierbei handelte es sich um ein bekanntes Impfstoffverfahren und es kam trotzdem zu heftigen Nebenwirkungen und Langzeitschäden wie eine Narkolepsie (Störung der Schlaf-Wach-Regulation), die vermehrt bei Kindern und Jugendlichen auftrat.

Auf wen soll man als „Konsument“ nun hören? Wem vertrauen? Der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA), die für die Zulassung von Medikamenten und Impfstoffen verantwortlich ist und deren Gelder zu fast 85% von der Pharmaindustrie (in welcher Form auch immer) kommt? Dem Verkäufer und seinem Umfeld oder auf andere, die Alternative bieten? Soll man sich am Knie operieren lassen, nur weil es der Orthopäde, der an dieser OP verdient, diese empfiehlt? Diese OP, die Risiken und Nebenwirkungen sowie Langzeitschäden verursachen könnte? Oder doch erst mal andere Methoden ausprobieren? Das sollte man spätestens dann in Erwägung ziehen, wenn der Arzt behauptet: „Es muss operiert werden, alles andere bringt nichts!“ Spätestens dann sollte man hellhörig werden oder es wird gesagt: „Die Pandemie ist erst vorbei, wenn ein Impfstoff da ist, damit dann auch alle schnellstmöglich geimpft werden können. Alles andere bringt nichts.“



Vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2020 wurden 27.721 (1.386/Jahr) Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen/-komplikationen, die im zeitlichen Zusammenhang mit den Impfungen stehen, an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) gemeldet.

(Hier nur die Erwachsenen um einen Vergleich zu COVID-19-Impfung zu haben, wo zurzeit noch keine Kinder geimpft werden).

Die Impfdosen lagen bei 35-40 Millionen pro Jahr macht 750 Millionen Gesamtdosen.

11.310 (40,8%) schwere Fälle

454 (1,6%) haben bleibende Schäden

206 (0,7%) sind gestorben

Das mittlere Impfalter betrug 48,9 Jahre (18-104)

(Quelle: <http://52625146fm.pei.de/fmi/webd/#UAWDB>)

(Folgende Daten stammen aus dem Impf-Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Institut vom 07.05.2021)

28.774.580 Impfungen wurden vom 27.12.2020 bis zum 29.04.2021 durchgeführt.

22.393.183 Menschen haben die erste Dosis erhalten und 6.379.291 bereits die zweite.

Impfstoffverteilung:

mRNA-Impfstoffe

21.329.667 mit Comirnaty (BioNTech/Pfizer)

1.667.261 mit COVID-19 Vaccine Moderna (Moderna)

Vektor-Impfstoffe

5.775.546 mit Vaxzevria (AstraZeneca)

2.106 mit COVID-19-Impfstoff Janssen (Johnson & Johnson).

Vom 7.12.2020 bis zum 30.04.2021 wurden 49.961 (0,17%) Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen/-komplikationen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung zum Schutz vor COVID-19 stehen, an das PEI gemeldet.

4.916 (9,84%) schwere Fälle (COVID-19 liegt bei etwa 19% der schweren Verläufe)

(Die Personen wurden entweder im Krankenhaus behandelt oder die Reaktionen wurden als medizinisch bedeutsam eingeordnet. Anaphylaktische Reaktion (starke allergische Reaktion auf bestimmte Stoffe).

300 (0,6%) haben bleibende Schäden

524 (1,05%) sind gestorben (mit/an COVID-19 versterben etwa 2,62%)

Das mittlere Impfalter betrug 45 Jahre (18-107)

Der Tod trat in unterschiedlichen zeitlichen Abständen zur Impfung ein (von 1 Stunde bis zu 34 Tagen).

Die Menschen waren 24 bis 102 Jahre, das mittlere Alter betrug 82.

20.160 Fälle bei Comirnaty, davon 2.386 (11,08%) schwerwiegende und 405 (2,01%) sind verstorben

Melderate = 0,9 pro 1.000, davon 0,1 pro 1.000 schwerwiegende

3.073 Fälle bei Moderna, davon 175 (5,7%) schwerwiegende und 10 (0,33%) sind verstorben

Melderate = 1,8 pro 1.000, davon 0,1 pro 1.000 schwerwiegende

26.206 Fälle bei Vaxzevria, davon 2.132 (8,1%) schwerwiegende und 48 (0,18%) sind verstorben

Melderate = 4,5 pro 1.000, davon 0,4 pro 1.000 schwerwiegende

Für COVID-19-Impfstoff Janssen (Johnson & Johnson) stehen noch keine Daten zur Verfügung.

Bei 519 Fällen wurde der COVID-19-Impfstoff nicht spezifiziert. Von diesen waren es 223 (43%) schwerwiegende Fälle und es sind 61 (11,75%) Menschen verstorben.



Das macht zusammen 4.916 schwerwiegende Verdachtsfälle. 67 berichteten von einer Thrombose und 226 hatten eine anaphylaktische Reaktion woraufhin 33,9% der Betroffenen eine Adrenalinsspritze bekamen. 16 Fälle berichteten von Myokarditis (Herzmuskelentzündung).

Einige geimpfte Personen verstarben dennoch im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung. Bei nahezu allen setzte die Krankheit nach der ersten Impfung ein (ein vollständiger Schutz besteht erst nach der zweiten Impfdosis).

Die überwiegende Mehrzahl der verstorbenen Personen hatte multiple Vorerkrankungen. Deshalb liegt die Vermutung nahe, dass diese an der Verschlechterung ihrer Grunderkrankungen, einer anderen Erkrankung oder an einer Infektionserkrankung gestorben.

Bei weiteren Verdachtsfällen war die Todesursache als unbekannt angegeben worden. Diese plötzlichen Todesfälle nach der Impfung sind, laut Aussage des PEI, nicht auffallend, da ihre Anzahl mit der Statistik für unklare Todesursache deckungsgleich ist. Es ist also diesbezüglich keine Übersterblichkeit zu erkennen, woraus geschlossen wird, dass die Impfung in keinem kausalen Zusammenhang mit dem Tod zu bringen ist.

Die am häufigsten gemeldeten unerwünschten Reaktionen sind (in dieser Reihenfolge): Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Ermüdung, grippeähnliche Erkrankungen, Myalgie (Muskelschmerz), Schmerzen an der Impfstelle, Schwindelgefühl, Asthenie (Schwäche oder Kraftlosigkeit), Übelkeit, Gliederbeschwerden, Unwohlsein, lokale Reaktionen, Tachykardie (Herzrasen), Lymphadenopathie (Schwellung der Lymphknoten), Ausschlag, Erbrechen.

Im Rahmen der Erkennung möglicher neuer unerwünschter Reaktionen führt das PEI fortlaufend eine Analyse durch, wobei die Häufigkeit der gemeldeten unerwünschten Ereignisse mit den statistisch zufälligen und zu erwartenden Häufigkeiten in einer vergleichbaren (nicht geimpften) Bevölkerung unter Berücksichtigung verschiedener Zeitfenster abgeglichen wird. Ergibt sich eine signifikant höhere Melderate für ein Ereignis nach Impfung, als es statistisch zufällig in einer vergleichbaren Population zu erwarten wäre, geht das PEI von einem Risikosignal aus, welches dann durch zusätzliche Studien weiter untersucht werden soll.

Das Robert-Koch-Institut berichtet, dass Ausbrüche in Seniorenheimen gezeigt haben, dass geimpfte Personen in der Regel nur leichte Symptome der COVID-19-Erkrankung aufwiesen oder häufig gänzlich symptomlos blieben. Lediglich positive Labortests wiesen auf eine mögliche Infektion *3 hin (*Anmerkung: sonst gilt ein positiver PCR-Test immer als sicherer Infektionsnachweis*). Positive PCR-Tests können also trotz Impfung vorkommen und laut dem RKI beweisen diese, bei fehlenden Symptomen, die gute Wirksamkeit der Impfung, denn es liegt keine Erkrankung vor. Wenn es trotzdem zu einer fieberhaften Erkältung aufgrund anderer Erreger kommt, stellt das kein Versagen der COVID-19-Impfung dar.

Da in den Anfängen der Impfung vermehrt ältere Menschen und Bewohner aus Pflegeheimen geimpft wurden, so ist es statistisch gesehen zu erwarten, dass Personen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung sterben werden. Die Gründe finden sich laut PEI im hohen Lebensalter und den Vorerkrankungen, die viele dieser Verstorbenen aufwiesen. Zu den verstorbenen Geimpften gehörten auch Patienten, die sich in einer Palliativtherapie (Behandlung, die nicht auf Heilung ausgelegt ist, sondern darauf, Leiden zu lindern, um die Lebensqualität von Personen, die im Sterben liegen, zu



verbessern) befanden. Da sich die Anzahl der Toten mit derjenigen deckt, die auch ohne Impfung an ihrem Alter und oder den Grunderkrankungen auf natürliche Weise zu erwarten wären. Wenn jemand eine Stunde oder einige Tage nach der Impfung verstirbt, liegt es an den Vorerkrankungen und dem Alter. Eine Obduktion wird nur in seltenen Fällen durchgeführt.

Wurden die Impfstoffe umfangreich getestet? **Nein**

Sind die Impfstoffe vollständig zugelassen? **Nein**

Verhindert die Impfung eine Ansteckung? **Nein**

Verhindert die Impfung eine Infektion? **Nein**

Weiß man, wie lange die Impfungswirkung anhält? **Nein**

Befreit die Impfung einen vom Tragen einer Maske? **Nein**

Befreit die Impfung einen vom Abstandhalten? **Nein**

Befreit die Impfung einen von weiteren Testungen? **Nein**

Verhindert die Impfung einen schweren Krankheitsverlauf? **So wie es aussieht Ja**

Gibt es Komplikationen in Verbindung mit der Impfung (Nebenwirkungen, Todesfälle)? **Ja**

Kann es zu Spätfolgen bzw. Langzeitschäden kommen? **Davon kann ausgegangen werden, dass es in einzelnen Fällen dazu kommt. Die Medikamentenforschung für die zu erwartenden Impfnebenwirkungen laufen bereits.**

Muss eventuell immer wieder nachgeimpft werden? **Wahrscheinlich**, da sich Coronaviren ständig ändern und es gibt Hinweise darauf, dass sie dann den Immunschutz umgehen. Je mehr Menschen geimpft sind, umso schneller passen sie sich an und können dadurch auch aggressiver werden, wie es jetzt schon bei einigen Mutanten der Fall zu sein scheint. Wie sagte doch RKI-Chef Wieler: „Je mehr wir impfen, desto mehr Varianten werden auftreten.“

Würdest du ein Auto einfach so kaufen, ohne dich zu informieren, ob dieses überhaupt verkehrstauglich ist bzw. wie lange das Fahrzeug noch TÜV hat?

Würdest du ein neu auf den Markt gebrachtes Auto kaufen, wenn man dir sagt, dass noch nicht alle Testungen durchgeführt worden sind und die Sicherheitsstandards noch nicht vollständig erfüllt sind?

Viele wollen keinen genmanipulierten Mais essen, lassen sich aber genmanipulierte Virenteile spritzen. Gene, die nicht aus einem natürlich gezüchteten Virus stammen, sondern synthetisch (künstlich) hergestellt werden.

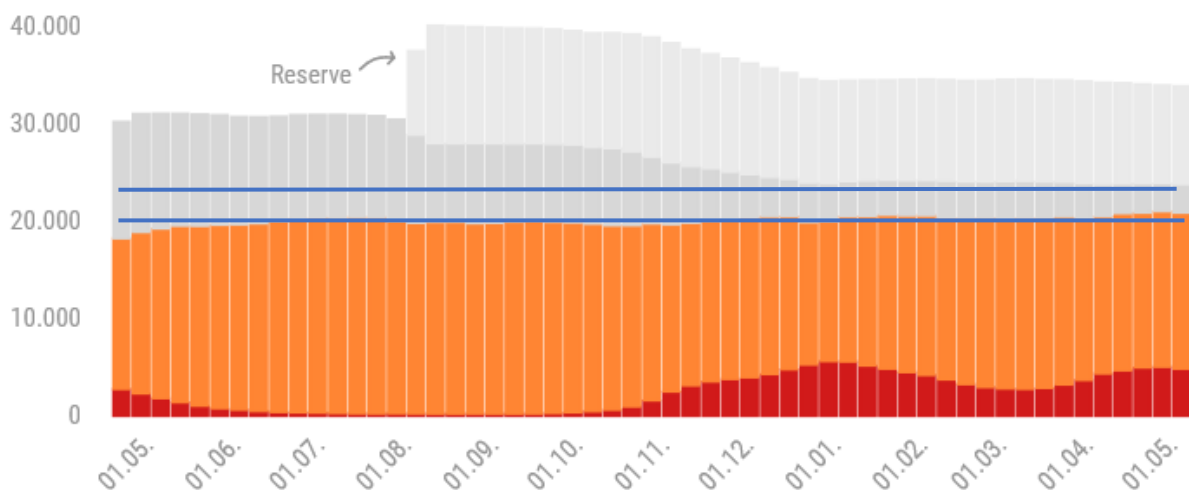


Die WHO (World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)) ist eine private Organisation, die zu 80% von Privatgeldgebern, Stiftungen und Pharmakonzernen finanziert wird. Die restlichen 20% kommen von den Mitgliedsstaaten, die sich nach den „Empfehlungen“ der WHO richten. Früher war das Verhältnis umgekehrt 80% staatlich und 20% kam von privat. Wenn die WHO eine Pandemie ausruft, setzen die einzelnen Länder dementsprechende Maßnahmen ein. Von 2003 bis zum 4. Mai 2009 war auf der Homepage der WHO zu lesen: „Eine Pandemie entsteht, wenn ein neues Virus auftritt, gegen das die menschliche Bevölkerung keine Immunität besitzt, was weltweit zu mehreren gleichzeitigen Epidemien mit einer enormen Zahl von Todesfällen und Erkrankungen führt.“ Das Ende der Erklärung „mit einer enormen Zahl von Todesfällen und Erkrankungen“ wurde im Mai 2009 ca. einen Monat vor Ausrufung der H1N1-Pandemie (Schweinegrippe) gelöscht. Diese Änderung führte der Europarat (und nicht nur dieser) als Beweis dafür an, dass die WHO die Definition einer Pandemie so verändert hat, damit sie auf vereinfachtem Wege eine solche ausrufen konnte, ohne die „Gefährlichkeit“ der Krankheit, die das H1N1-Virus verursacht, belegen zu müssen *4. Warum dieses geschehen ist und welche Interessen dahinter stehen könnten, bietet viel Platz für Recherche und die daraus entstehenden Gedankenkombinationen.

Der Inzidenzwert bildet faktisch die Fälle pro 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen ab. Über diesen werden alle politischen Maßnahmen und Verordnungen geregelt bzw. bestimmt. Folgender Rechenweg wird dabei genommen: $(\text{Neuinfektionen}/\text{Einwohnerzahl}) \times 100.000 = 7\text{-Tage-Inzidenz}$. Hierbei geht es wohlgerneht nur um positive Testergebnisse, nicht um kranke Menschen, ebenso spielt die Krankenhaussituation keine Rolle bei der Umsetzung von Maßnahmen. Und es gilt natürlich wie immer, je mehr getestet wird um so mehr positive werden gefunden, worunter sich diverse asymptomatische Menschen befinden, wenn man gesunde testet. Unter ihnen befinden sich auch 1-2% falsch-positive Testergebnisse aufgrund der Fehlerquote, die jeder Test mit sich bringt.

Die Intensivbettensituation in Deutschland zeigt die folgende Grafik. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Intensivbetten seit einem Jahr (Mai 2020 bis Mai 2021) konstant belegt sind (orange), was abgenommen hat ist die Bettenkapazität (dunkelgrau). Rot ist der Anteil der COVID-19 Patienten.

Durchschnittliche Auslastung pro Woche



Quelle: <https://interaktiv.morgenpost.de/corona-deutschland-intensiv-betten-monitor-krankenhaus-auslastung/>



Dass zu Grippe-Zeiten Intensivbetten ausgelastet, ja sogar überlastet sind und in einigen Ländern Notfallzelte aufgestellt werden müssen, ist schon seit Jahren Normalität, mal mehr mal weniger. Volle Intensivstationen gibt es somit nicht erst seit Corona.

Die FFP2- bzw. FFP3-Masken sind für ein geschultes Personal gedacht und werden u.a. im medizinischen und handwerklichen Bereich verwendet. Beim korrekten Sitz der FFP2-Masken besteht ein erhöhter Atemwiderstand, der die Atmung erschwert. Aus diesem Grund sollte laut RKI und der Arbeitsschutzverordnung vor der Nutzung eine medizinische Untersuchung, um Risiken für den Anwender zu vermeiden, stattfinden. Ebenso ist eine Einweisung in die Handhabung erforderlich.

Die Tragedauer darf 75 Minuten nicht überschreiten und anschließend muss mindestens eine 30-minütige Pause erfolgen. Generell wird danach eine neue Maske verwendet, da es sich um ein Einmalprodukt handelt. Wird die Maske mehrere Stunden unter Einhaltung der entsprechenden Pausen getragen, und dieses an zwei Tagen hintereinander, dann darf am darauffolgenden Tag keine Maske getragen werden.

Über die Verwendung von FFP2-Masken im Alltag gibt es keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, gegebenenfalls auch langfristigen Auswirkungen ihrer Anwendung (z.B. bei Risikogruppen oder Kindern). Allerdings häufen sich die Aussagen von Menschen, die unter Atembeschwerden, Gesichtsdermatitis, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Unwohlsein und Angst leiden. Bei Personen mit z.B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Menschen sind negative gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten. Durch den rasant angestiegenen Bedarf an Masken ist auch eine fachgerechte sowie giftstofffreie (Kleber und andere Materialien) Verarbeitung nicht mehr gewährleistet, da auch Firmen in das Geschäft mit eingestiegen sind, die keine Erfahrung darin haben. Wissenschaftlich Untersuchungen über einen möglichen positiven Effekt beim Tragen eines allgemeinen Mund-Nasen-Schutzes in der Öffentlichkeit wurden bislang noch nicht ausreichend durchgeführt. Die getätigten Studien liefern sich teilweise widersprechende Ergebnisse. Daher ist ein Schutz vor einer Infektion nicht zwangsläufig gegeben und es müssen weitere Dinge wie Abstandhalten, Lüften der Räume und Händehygiene berücksichtigt werden.

Eine Ansteckung im Freien ist auch ohne Maske so gut wie ausgeschlossen. Eine Ansteckung ist immer von der Viruslast abhängig und wie lange man sich „face-to-face“ und ohne Abstand mit einem Infektiösen unterhält. Ob symptomlose positiv getestete Menschen überhaupt zum Infektionsgeschehen beitragen ist in der Fachwelt ein sehr umstrittenes Thema (generell geht von Asymptomatischen keine Übertragung einer Atemwegserkrankung aus). Ein weiteres ungeklärtes Thema ist, ob ein Lockdown überhaupt einen positiven Aspekt besitzt, wenn alle Parameter berücksichtigt werden oder eben mehr Schaden anrichten können.

Zurück zu Maske, bei der ein unsachgemäßer Umgang eher Kontraproduktiv ist: häufiges anfassen der Maske (in der Mitte anfassen und zurechtrücken), nach Benutzung in irgendwelchen Taschen (Hose, Jacke usw.) zu verstauen, durchfeuchtete Masken zu lange tragen, bei Nichtbenutzung diese am feuchten Kinn hängen lassen. All das führt zu Schimmelpilz und Infektionen mit anderen Krankheitserregern.



Des Weiteren sind bereits erhebliche Entwicklungsstörungen bei Kindern zu beobachten. Sie sind aufgrund der Gesamtsituation in vielerlei Hinsicht verunsichert, ängstlich, sich und andere anzustecken. Zudem bleibt durch die Maske ein wesentlicher Teil der Kommunikation, wie die Mimik, verborgen und die Kinder lernen diese nicht kennen, was gerade für Kleinkinder und ihr weiteres Leben mit anderen Menschen eine große Bedeutung mit sich bringt.

Offizielle Aussagen (Politik und Behörden)

Ein positiver PCR-Test ist immer eine Infektion.

Positiver PCR-Test nach der Impfung weist auf eine mögliche Infektion hin. *2

Tot mit einem positiven PCR-Test: Es lag nicht an den Vorerkrankungen und/oder dem Alter sondern am Virus SARS-CoV-2.

Tot nach Impfung: Es lag an den Vorerkrankungen und/oder dem Alter, nicht an der Impfung.

In beiden Fällen wird selten bis nie eine Obduktion vorgenommen, ja wird sogar von offizieller Seite nicht befürwortet.

Lang- und Spätfolgen nach COVID-19 sind außergewöhnlich und nicht zu unterschätzen.

Nach anderen Infektionskrankheiten (wie Grippe) sind diese allerdings normal und bedürfen keiner Beachtung.

Das Gesundheitssystem, speziell die Krankenhäuser mit ihren Intensivbetten, dürfen nicht überlastet werden, darum müssen drastische Maßnahmen her.

Sind die Intensivbetten nicht überlastet, müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Gesundheitsämter nicht zu überlasten (die Kontaktverfolgung von teilweise symptomlosen Menschen durchführen).

Maßnahmen sollten nie hinterfragt werden! (RKI-Chef Wieler)

Anmerkung: Das Gesundheitssystem wird seit 20 Jahren reformiert und in diesem Zuge wurden diverse Krankenhäuser, trotz steigender Bevölkerung, abgebaut. Allein im Pandemiejahr 2020 waren es 20 Stück. Der Personalmangel auf allen Ebenen wird seit Jahren von den Betroffenen beklagt. Es wird aber seitens der Politik nichts unternommen, um diese Berufe attraktiver zu gestalten (Arbeitszeiten, -bedingungen, Lohn).



Abschlussgedanken

Ist die Waffenindustrie eigentlich am Weltfrieden interessiert? Hier habt ihr Waffen, mit diesen könnt ihr wieder Frieden herstellen, alles andere wird nicht funktionieren ...

Kann die Pharmaindustrie an Gesundheit interessiert sein? Hier habt ihr Medikamente und Impfstoffe für eure Leiden, nur diese werden helfen, alles andere bringt nichts. Und hier bekommt ihr noch zusätzlich die Mittel, die die Nebenwirkungen von den anderen Medikamenten beheben ...

Wenn es seit März 2020 den Regierungen um Gesundheit geht, wieso wird von den Politikern und in den öffentlichen Medien nie an die Bevölkerung appelliert, dass diese ihr Immunsystem durch eine gesunde Lebensweise stärken sollte? Stattdessen heißt es nur distanziert euch voneinander und wartet auf die Impfung. Zur Unterstützung werden Steuergeld finanzierte Video-Clips gezeigt, die dazu aufrufen, zuhause zu bleiben und sich von Fastfood mit Cola zu ernähren. Sich dabei „gammelnder Weise“ auf dem Sofa tummeln und Fernsehen zu schauen.

Dieses Fernsehen, wo schon seit Jahren von Politikern berichtet wird, wie diese von Konzernen Geld erhalten, um deren Interessen zu vertreten. Es werden kriminelle, skrupellose Machenschaften der Pharmaindustrie aufgezeigt und Politiker geben offen zu, dass es eigentlich die Konzerne sind, die das Geschehen bestimmen. Es gibt reichlich Informationen über Diktaturen und das Leben in China und es laufen ununterbrochen Dokumentationen über die Zeit von 1933 bis 1945. Weitere Sendungen zeigen auf, wie in den letzten Jahrhunderten oder sogar Jahrtausenden immer wieder Macht durch einzelne, die von Mitläufern unterstützt werden, auf die Masse ausgeübt wurde. Gelenkt, gesteuert und kontrolliert durch Angstmache, Einschüchterung und Panikverbreitung. *Anmerkung: Gerade jetzt sieht man die Panik in vielen Menschen, wie ist es sonst zu erklären, dass Masken getragen werden, obwohl man sich allein auf der Straße befindet? Man sich allein auf dem eigenen Balkon aufhält oder sich allein im Auto befindet?*

Ein wichtiges Hilfsmittel für erfolgreiche Herrscher ist das Teilen der Masse. Wenn sich zwei Lager bilden und diese aufeinander losgehen, brauchen die Machthaber sich nur zurückzulehnen und abzuwarten. Ihre Mitläufer, die alles bedenkenlos glauben, was ihnen erzählt wird, werden es schon richten. Die Herrschenden müssen nur darauf achten, dass Andersdenkende, Kritiker, Menschen, die durch andere Erkenntnis zu einer abweichenden Schlussfolgerung der Dinge gelangt sind, zensiert und diffamiert werden. Im schlimmsten Fall veranlassen sie deren Einweisung in eine spezielle Einrichtung oder gleich deren Hinrichtung. Es sind immer wieder die gleichen Vorgehensweisen, die die „Mächtigen“ ausüben. Heute, damals und zu den Zeiten der Pyramidenerbauung. *Anmerkung: Ist da eventuell der Anfang von Herrschen über die Massen und deren Ausbeutung zu finden?*

Alle Kriege funktionieren von oben herab. Dort sitzt eine Handvoll Leute und lässt die andere aufeinander losgehen. Dieses schaffen sie durch das Aufheizen der Masse, durch überzeugende Propaganda, dass alles was oben verlangt wird unten umgesetzt werden muss, da es das Richtige ist, alles andere ist nicht zulässig. *Anmerkung: Dazu sollte man sich das Milgram-Experiment und das Konformitätsexperiment von Asch ansehen.* Kriege finden nur statt, weil es sich anfangs ein paar Wenige in den Kopf gesetzt haben, angetrieben von der Gier nach Macht.



Doch zurück zur Corona-Krise, wo seit März 2020 in Deutschland und in vielen anderen Ländern der Erde sämtliche Maßnahmen auf einem Test, der wie oben beschrieben, nichts aussagt über eine Infektion, geschweige denn ob jemand krank ist oder nicht, basieren. Anhand der Erkenntnisse aus den ganzen TV-Dokumentationen ist es nicht verwunderlich, wenn man feststellt, dass viele dieser Maßnahmen, die von den Politikern getroffen werden, weisen so einige Parallelen zu vergangenen Zeiten und aktuellen Regierungskonstrukten, wie beispielsweise in China, aufweisen. Alles scheint in eine Richtung zu tendieren: Überwachung, Gleichschaltung, und Isolierung. Doch das wichtigste ist Kontrolle über die Handlungen der Menschen. Diese wird erreicht, indem alles gebündelt wird. Einzelne Krankenhäuser werden abgeschafft und zu großen konzerngesteuerten Einrichtungen zusammengelegt. Kleinunternehmen verschwinden und den Menschen bleibt nichts anderes übrig, als in den industriellen Konzernen Beschäftigung zu finden. Auch ein einheitlich gesteuertes digitales Währungssystem spielt dabei eine große Rolle, denn darüber kann alles und jeder kontrolliert und gelenkt werden. Sind diese Dinge erst einmal installiert, werden sie auch nicht wieder verschwinden.

All das in Summe lässt ein Grundmuster erkennen und man sollte der jetzigen Situation einmal eine gesunde Skepsis entgegenbringen und anfangen, einiges kritisch zu hinterfragen. Zum einen, wie kann es sein, dass in so einem großen Land wie China das SARS-CoV-2 Virus innerhalb von zwei Monaten fast komplett verschwunden ist? Egal welche strengen Maßnahmen verhängt wurden, ist dieses trotzdem unmöglich. Oder gibt China (das Land wo alles begonnen hat) nicht die richtigen Daten heraus? Weltweit geht vieles zugrunde und Chinas Exporte machen einen Sprung um 60 Prozent.

Die Grippe ist weltweit seit Ende März 2020 schlagartig verschwunden, obwohl es da noch gar keine großartigen Maßnahmen gab *5. Zudem taucht eine „neue“ Krankheit auf, die die gleichen Übertragungswege nimmt, ein fast identisches Krankheitsbild aufweist und der Saisonverlauf der gleiche zu sein scheint, auch wenn bei Corona die Fälle durchgezählt werden.

Hinzu kommt noch, dass nicht alles gesetzeskonform seitens der Politik gehandhabt wird. Dieses sieht man allein daran, dass diverse Gerichtsurteile gefällt wurden, die Demoverbote, Verordnungen und Gesetze für rechtswidrig erklären. Verordnungen werden unter anderem gekippt, weil für das Gericht keine nachvollziehbare Evidenz (für das, was gerade zu verhandeln ist) besteht und zumeist auch keine wissenschaftliche Grundlage existiert. Es hat den Anschein, als würden die Verantwortlichen nach dem Motto handeln: „Wir machen das jetzt so wie es uns passt! Verklagt uns doch.“

Bei den Ergänzungen im Infektionsschutzgesetz wurde der Bevölkerung vorgegaukelt, dass diese zeitlich begrenzt seien, doch in Wirklichkeit sind diese beliebig verlängerbar. Denn im Gesetz selbst steht kein Datum, nur der Hinweis: Dieses Gesetz gilt „für die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. Und dieses kann beliebig oft verlängert werden.

Ärzte, die nicht regierungskonform ihre Patienten beraten, bekommen Schwierigkeiten mit der Staatsanwaltschaft und vereinzelt wurde auch schon die Approbation aberkannt. Auch vor Richtern wird nicht Halt gemacht, wenn diese ein Urteil fällen, welches nicht so ins Regierungskonzept passt, müssen diese eine Hausdurchsuchungen über sich ergehen lassen, wie ihre ärztlichen Kollegen auch Leiter von Gesundheitsämtern werden Zwangsversetzt, wenn sie Bedenken gegen die vorgegebenen Vorgehensweise anmelden.



Die ganzen Pandemie-Maßnahmen beziehen sich offensichtlich auf einen umstrittenen PCR-Test, auf ebensolchen Berechnungen und Vermutungen, doch das Leben lässt sich nicht errechnen. Die Dinge, die man vermeintlich errechnen kann, können in Wirklichkeit nicht die Dinge mit einbeziehen, die das vielschichtige und wechselhafte Leben verursacht. Das Leben ist nicht kontrollierbar, auch wenn man meint, es zu können (wie beim Roulette, der Weg der Kugel ist nicht verhandelbar). Es gibt so viele Perspektiven und Faktoren, Verknüpfungen. Komplexe Systeme besitzen keinen offensichtlichen kausalen Zusammenhang zwischen den einzelnen Komponenten, was eine exakte Vorhersage unmöglich macht.

Darf man sich eigentlich über Dinge äußern, dessen Wissen darüber man sich nicht in Form einer offiziellen Ausbildung oder eines Studiums angeeignet hat? Ja, man darf! Da man sich Wissen durch verschiedene Quellen (Fachleute) aneignen kann, um durch sie für sich zu einem Ergebnis zu gelangen. Auf diese Art macht es jeder Richter, der über eine Sachlage entscheiden soll, wovon er eigentlich keine Ahnung hat. Er holt sich Gutachter, hört diesen zu, wägt ab, welche Aussagen glaubhaft und plausibel für ihn erscheinen, erst dann fällt er sein Urteil.

Welchen Experten man am Ende mehr vertrauen schenkt, liegt im eigenen Ermessen. Ist es beispielsweise derjenige, der 100 verschiedene Studien von verschiedenen Wissenschaftlern zu einem Thema gelesen hat, diese auswertet und dann sein Ergebnis präsentiert, oder ist es derjenige, der selbst am Thema forscht und darüber mehrfach publiziert hat.

Worte, die sich seit 2020 irgendwie verändert haben

Kritiker sind jetzt Leugner
Gesunde sind symptomlos krank
Solidarität ist jetzt Gehorsam
Realisten sind Verweigerer
Nähe, Liebe, Mitgefühl bedeutet Distanz
Eigenverantwortung ist Egoismus
Fakten sind Behauptungen
Sachliche Argumente sind Schwurbeln
Menschen, die sich allumfassend informieren sind Spinner
Zensur ist Faktenscheck
Selbst denken hat sich in betreutes Denken verwandelt
Tyrannei sind dringende Maßnahmen
Denunzianten sind Beschützer
Grundrechte sind Privilegien
Demokratie ist gleichgeschaltetes Handeln



*1

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.pdf?__blob=publicationFile

Zusätzliche Fußnote zur PCR (Aussage der schwedischen Gesundheitsbehörde)

Die PCR-Technologie, die in Tests zum Nachweis von Viren verwendet wird, kann nicht zwischen Viren unterscheiden, die in der Lage sind, Zellen zu infizieren, und Viren, die vom Immunsystem unschädlich gemacht wurden, und daher können diese Tests nicht verwendet werden, um festzustellen, ob jemand infektiös ist oder nicht. RNA von Viren kann oft noch Wochen (manchmal Monate) nach der Infektion nachgewiesen werden, bedeutet aber nicht, dass eine Person noch infektiös ist. Es gibt auch mehrere wissenschaftliche Studien, die darauf hindeuten, dass die Infektiosität von Covid-19 zu Beginn der Krankheitsperiode am höchsten ist.

(übersetzt mit: <https://www.deepl.com/translator>)

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/v/vagledning-om-kriterier-for-bedomning-av-smittfrihet-vid-covid-19/>

Und ein Auszug aus der WirtschaftsWoche vom 16.05.2014, wo sich Christian Drosten zu den Mers-Fälle in Saudi-Arabien äußerte.

Drosten: Es ist eben so, dass es bisher eine klare Fall-Definition gab, also ein striktes Schema, das festlegte, welcher Patient als Mers-Fall gemeldet wurde. Dazu gehörte zum Beispiel, dass der Patient eine Lungenentzündung hat, bei der beide Lungenflügel betroffen sind. Als in Dschidda Ende März diesen Jahres aber plötzlich eine ganze Reihe von Mers-Fällen auftauchten, entschieden die dortigen Ärzte, alle Patienten und das komplette Krankenhauspersonal auf den Erreger zu testen. Und dazu wählten sie eine hochempfindliche Methode aus, die Polymerase-Kettenreaktion (PCR).

Reporte: Klingt modern und zeitgemäß.

Drosten: Ja, aber die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären. Dazu kommt, dass die Medien vor Ort die Sache unglaublich hoch gekocht haben.

Reporter: Sie meinen, dass die Medien einen Einfluss auf die Meldezahlen haben?

Drosten: In der Region gibt es kaum noch ein anders Thema in den TV-Nachrichten oder Tageszeitungen. Und auch Ärzte in Krankenhäusern sind Konsumenten dieser Nachrichten. Die überlegen sich dann ebenfalls, dass sie mal ein Auge auf diese bisher auch in Saudi-Arabien sehr seltene Erkrankung werfen müssten. Die Medizin ist nicht frei von Modewellen.

<https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-die-who-kann-nur-empfehlungen-aussprechen/9903228-2.html>



*2

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/02_21.pdf?__blob=publicationFile

*3

<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>

Wie sind Erkrankungen nach COVID-19-Impfung („Impfdurchbrüche“) in Senior:innenheimen zu erklären? ▲

In letzter Zeit wurde wiederholt über Ausbrüche von SARS-CoV-2-Infektionen in Senior:innen- und Pflegeheimen unter bereits geimpften Bewohner:innen berichtet. Das bedeutet jedoch nicht, dass die COVID-19-Impfungen nicht schützen.

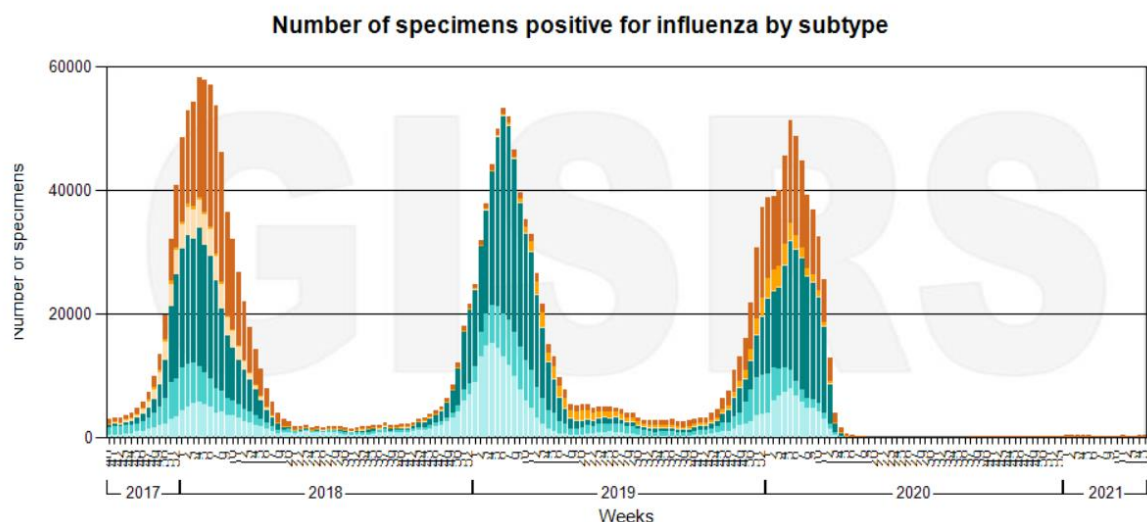
Untersuchungen von Ausbrüchen in Senior:innenheimen haben gezeigt, dass in der Regel geimpfte Personen nur leichte Symptome der COVID-19-Erkrankung aufwiesen oder häufig gänzlich symptomlos blieben (siehe auch [FAQ: Kann es trotz COVID-19-Impfung zu einer COVID-19-Erkrankung kommen?](#)). Hier wiesen nur positive Labortests auf eine mögliche Infektion hin. Positive PCR-Tests können also trotz Impfung vorkommen. Sie beweisen bei fehlenden Symptomen die gute Wirksamkeit der Impfung unter Personen, die häufig besonders schwer erkranken würden.

*4

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127275/>

*5

Global circulation of influenza viruses



<https://apps.who.int/flumart/Default?ReportNo=10>

Weitere Artikel zum Thema <https://noxlupus.de/html/artikel.html>