

Gedanken über Corona

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!

Ende 2019 wurde in China eine Atemwegserkrankung (COVID-19) entdeckt und definiert. Diese soll durch einen neu gefundenen Virus (SARS-CoV-2) ausgelöst werden. Hierbei handelt es sich um ein Coronavirus (lateinisch: Corona, die Krone oder der Kranz), welches eigentlich zu den milden Erkältungsviren gehört und irgendwie immer mit dabei ist, wenn es um entsprechende Krankheiten geht. Dieses spezielle Coronavirus wurde nun in den ersten Tagen des Jahres 2020 aufgespürt. SARS-CoV-1 trat 2003 hervor und ist dann irgendwie, irgendwann verschwunden (oder wird nur nicht mehr danach gesucht?).

Das klinische Bild von COVID-19 ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei kann es zu Fieber, Schnupfen, trockenem und anhaltendem Husten, Atemnot, Müdigkeit sowie einer Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns kommen bis hin zum vorübergehenden Verlust. Weitere Symptome sowie klinische Zeichen sind beispielsweise Hals- und Kopfschmerzen, Glieder- und Muskelschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Bindehautentzündung oder Angina pectoris (Brustenge/Brustschmerzen/Schmerz in der Herzgegend).

Die meisten COVID-19 Patienten überstehen diese Krankheit sehr gut. Bei schwereren Verläufen spielen individuelle Risikofaktoren eine enorme Rolle. Worunter das zunehmende Alter (ab 60 Jahre) von Bedeutung ist, hingegen fallen die meisten Vorerkrankungen nicht so sehr ins Gewicht. Daraus ergibt sich, dass jüngere Menschen unter 60 Jahre trotz Grunderkrankungen so gut wie gar nicht ins Krankenhaus müssen. Nur bei Herzinsuffizienz, chronischen Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus, Organtransplantationen sowie Adipositas (übergewichtig) war in einigen Fällen eine Hospitalisierung für jüngere von Nöten.

Studien weisen darauf hin, dass bei jüngeren Menschen auch bei Vorliegen einer Grunderkrankung die Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu sterben, deutlich geringer ist als bei älteren Menschen, unabhängig davon, ob diese vorerkrankt sind oder nicht. Sprich je älter ein Mensch wird, umso wahrscheinlicher ist es, dass dieser an einer Krankheit wie COVID-19 verstirbt. Diese Gefahr vergrößert sich mit zunehmendem Jahrzehnt und ist abhängig vom Zustand des Immunsystems. Wobei für diejenigen, die eine Organtransplantation hatten, das größte Risiko besteht, gefolgt von Demenz und Adipositas (Übergewichtig).



Die Genesungszeit ist je nach Heftigkeit der durchgemachten Krankheit unterschiedlich, so berichteten einige Patienten, dass sie Wochen, ja gar Monate nach Beginn der Erkrankung sich noch nicht gänzlich erholt hatten und weiter unter allgemein Symptomen litten. Daten deuten darauf hin, dass etwa 40% der Hospitalisierten danach längerfristige Unterstützung benötigten. Aussagekräftige Daten über Langzeitfolgen sowie Langzeitschäden von COVID-19 gibt es noch nicht.

Seit nun fast einem Jahr werden täglich neue Zahlen von SARS-CoV-2 infizierten bzw. positiv getesteten Menschen veröffentlicht. Dabei handelt es sich bei den gemeldeten Fallzahlen meistens um rein labordiagnostische Nachweise von SARS-CoV-2 durch einen PCR-Test. Es wird nicht unterschieden, ob eine klinische Symptomatik (also eine echte Krankheit mit Symptomen) vorliegt oder nicht. Das spielt bei den täglich rausgegebenen Fallzahlen keine Rolle.

Dieser PCR-Test reagiert sehr empfindlich und weist bereits kleinste Genmoleküle des Virus nach. Eine Aussage, ob diese Person infektiös ist oder gar selbst krank wird, sagt ein positives Testergebnis nicht aus. Die gefundenen Moleküle könnten beispielsweise von einer bereits durchgemachten milden ja sogar unbemerkten „Krankheit“ herrühren (also Gen-Müll). Somit tauchen Menschen, die eigentlich gesund sind, ebenfalls in der Statistik als Infizierte mit auf.

Laut dem „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) §2 Begriffsbestimmungen Pos.2“ besteht eine Infektion dann, 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. Aus diesem Grund ist der PCR-Test eigentlich nicht geeignet, um eine Infektion per Gesetzdefinition festzustellen. Er zeigt nur an, dass sich ein Erreger bzw. ein Teil dessen im Körper befindet, weist aber nicht darauf hin, ob der Organismus damit auch tatsächlich infiziert ist, also eine Vermehrung stattgefunden hat. Somit dürfte in den Medien nicht pauschal von Infizierten gesprochen werden und schon gar nicht von COVID-19 Fällen.

Zudem hat jeder Test eine Fehlertoleranz. Das bedeutet, je mehr Menschen getestet werden, umso höher die Fehlerquote. Dieses kommt speziell dann zum Tragen, wenn vermehrt Symptomlose in die Testung mit einbezogen werden. Dabei liegt die PCR-Methode bei 0,5%-2,4% und ein Antigenschnelltest kann ohne weiteres bis zu 20% danebenliegen und je nach Teststrategie kommt es dann eben zu falsch-positiven bzw. zu falsch-negativen Ergebnissen. In den Sommermonaten kommt es dann bei einer hohen Testanzahl zu vermehrten falsch-positiven Testaussagen, da die Coronaviren ihre Hauptsaison von Ende November bis Ende April haben. In diesem Zeitraum sind die Krankheitsfälle dann auch dementsprechend milde, wenn überhaupt vorhanden. Doch dieses Testthema ist so komplex und von so vielen Faktoren abhängig, dass es an dieser Stelle nicht weiter behandelt werden kann. Fakt ist jedoch, dass falsche-positive Testergebnisse entstehen, wodurch viele Menschen enorme Lebenseinschränkungen in Kauf nehmen mussten und müssen, wie die Quarantäne und Betriebsschließungen. Selbst Schwangerschaftsteste liefern bei Männern vereinzelt positive Ergebnisse (1 von 10.000).



Vom 1. März bis 15. Dezember 2020 wurden in Deutschland
(83.166.711 Einwohner, Stand 31.12.2019)
41,85% der Einwohner getestet (etwa, da Mehrfachtestungen)
34.801.593 Testungen durchgeführt, davon waren 1.750.584 positiv (5,03%)
1.750.584 positiv getestet, umgerechnet auf die Einwohner sind das 2,1%

Von den positiv getesteten hatten
81% keine Symptome bzw. einen milden Krankheitsverlauf (1.417.973)
14% eine klinische Verschlechterung mit teilweisen Krankenhausaufenthalten (245.081)
5% ein Intensivbett mit teilweiser Beatmung (87.529)

Anmerkung: Wie viele Mehrfachteste, also ob Personen mehrmals getestet wurden, darüber gibt es keine Zahlen. Somit ist davon auszugehen, dass weniger Menschen getestet wurden als die angegebenen 41,85%. Demgegenüber steht natürlich auch die Dunkelziffer derjenigen, die das Virus in sich trugen, aber es nicht bemerkt haben, und auch nicht getestet wurden, diese tauchen in der Statistik ebenso wenig auf. Das bedeutet, wenn die Anzahl der symptomlosen in Wirklichkeit höher ist, geht der prozentuale Anteil der echten Erkrankten nach unten.

Von den 1.750.584 positiv getesteten sind rund 30.000 verstorben (1,71%). Würde die Dunkelziffer an „infizierten“ bekannt sein, würde diese den prozentualen Anteil der Verstorbenen nach unten schrauben. Rechnet man nun die Verstorbenen auf die Gesamtbevölkerung um, bekommt man 0,04% heraus. Das bedeutet, dass 99,96% der Menschen in Deutschland (in anderen Ländern sieht es ähnlich aus) das Virus SARS-CoV-2 überlebt haben. Der Altersmittelwert der COVID-19-Todesfälle liegt bei 83 Jahren (die allgemeine Lebenserwartung in Deutschland beträgt 81) und über die Hälfte der Betroffenen kommen aus einem Pflegeheim (in einigen Bundesländern bis zu 90%).

Doch wie setzen sich die angegebenen COVID-19-Todesfälle zusammen? Es kommen diejenigen in die Sterbestatistik, bei denen ein positiver Labortest vorliegt. Viele der Verstorbenen bzw. eigentlich alle, haben mindestens 1-3 Vorerkrankungen wie Krebs, ein Herzleiden, eine Lungenkrankheit, eine Nierenfunktionsstörung, Leberschäden, Diabetes oder ein allgemein geschwächtes Immunsystem (hervorgerufen durch beispielsweise Tabak und/oder Übergewicht). Dieses haben diverse Obduktionen ergeben, wobei die Risikogefährdung, an COVID-19 zu sterben, vom Grad und der Anzahl der Vorerkrankungen abhängig ist, bedeutet, nicht jeder, der vorerkrankt ist oder über 80 Jahre ist, wird an COVID-19 versterben.

Allein durch diese Tatsache ist es schwierig zu entscheiden, inwieweit die SARS-CoV-2 Infektion direkt zum Tode geführt hat oder ob die eigentliche Vorerkrankung der Auslöser war und das Virus nur den letzten Tropfen darstellte, der durch einen beliebigen Keim hätte ersetzt werden können. Das kann natürlich keiner sagen, aber diese Möglichkeit besteht. Somit heißt es eben „mit oder an“ Corona gestorben. Selbst Verstorbene, die zu Lebzeiten nicht auf SARS-CoV-2 getestet wurden, aber dennoch in Verdacht stehen, den Erreger in sich zu tragen, werden trotzdem auf die Liste gesetzt, ebenso Unfalltote, die vorher mal einen positiven Test hatten.



Die größte Frage zu „Corona“, die von Anfang an heiß diskutiert wird, lautet: Können Asymptomatische (ohne Krankheitsanzeichen) und Präsymptomatische (vor dem Auftreten von Krankheitsanzeichen) andere anstecken? Momentan wird davon ausgegangen, dass asymptomatische Fälle eher eine untergeordnete Rolle bei der Übertragung spielen. Das zeigte unter anderem eine großangelegte Studie aus Wuhan in China. Sicher ist, dass ein Infizierter mit Symptomen infektiöser ist als ein Asymptomatischer. Denn je ausgeprägter die Symptome sind, desto höher ist die Viruslast, was eine größere Ansteckungsgefahr mit sich bringt. Der genaue Zeitraum, in dem Infizierte ansteckend sind, ist aber immer noch nicht klar definiert, da es bei jedem Einzelfall zahlreiche Faktoren gibt, wie die Übertragung vonstattengehen kann. Diese sind beispielsweise die Infektionsdosis und Viruslast, die Größe der Partikel, die Temperatur, die Luftfeuchtigkeit und die Umgebung sowie die Raumluftwechselrate.

Auch ist nicht geklärt, wie lange ein Eigenschutz nach durchgemachter Krankheit besteht (Immunität). Ebenso sieht es mit den Langzeitbeschwerden aus. Es gibt aber Untersuchungen, dass einige der hospitalisierten Patienten, auch sechs Monate danach über Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Muskelschwäche klagen.

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 besteht in der Aufnahme von virushaltigen Partikeln, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen. Hierbei wird zwischen Tröpfchen und Aerosole (feste oder flüssige Schwebeteilchen in einem Gas) unterschieden, wobei der Übergang zwischen beiden Formen fließend ist. Die Aerosolkonzentration in einem Raum kann durch einen effektiven Luftaustausch gemindert werden. Im Außenbereich kommen Übertragungen selten bis überhaupt nicht vor, schon gar nicht, wenn Abstand von 1,5 Meter eingehalten wird (gilt auch für Innenräume). So liegt die Wahrscheinlichkeit, sich im eigenen Haushalt zu infizieren bei 18-44%, je mehr Mitbewohner, je geringer das Ansteckungsrisiko. Eine Oberflächenübertragung ist so gut wie ausgeschlossen, wenn man nicht beispielsweise einen Einkaufswagen direkt von einem symptomatischen Menschen übernimmt, der gerade auf die Griffe gehustet hat, man diese anfasst und sich dann sofort mit der Handfläche im Gesicht rumwischt. Gründliches Händewaschen und vielleicht mal desinfizieren (wenn man sich in einer menschenreichen Umgebung befindet, wie beim Einkaufen), sowie sich nicht ständig im Gesicht rumfummeln (was beim Tragen von „Alltagsmasken“ der Fall ist), sind die besten Vorkehrungen, die man treffen kann, um eine Infektion zu umgehen. All diese Dinge treffen für sämtliche Erkältungs- und Grippeviren zu, es ist nichts Coronaspezifisches.

Und wie verhält es sich mit der Inkubationszeit, die Zeit von der Ansteckung (eindringen des Krankheitserregers) bis zum Beginn der Erkrankung. In den meisten Studien wird ein Mittelwert von 5-6 Tagen angegeben, das bedeutet, es kann zwischen 1-10 Tage dauern, bis Symptome auftreten, einige Studien sprechen gar von 14 Tagen.

Was kann man tun, um einer COVID-19-Krankheit vorzubeugen? So banal es klingt, auf sich achten und das Immunsystem stärken durch vernünftige Ernährung, Bewegung, Schlaf, frische Luft (Waldluft), Hygiene und eine positive/angstfreie Lebenseinstellung. Doch so wie es aussieht, wird dem Immunsystem nichts mehr zugetraut und gehört am liebsten abgeschafft. Dabei ist es so mächtig, dass es sich unter anderem ununterbrochen gegen Krebszellen zur Wehr setzt und das anscheinend recht gut, sonst würden viel mehr Menschen an Krebs erkranken und daran sterben.



Der letzte Gedanke gilt der Impfung, genauer gesagt, den beiden zugelassenen mRNA-Impfstoffen. Zum einen dem von BioNTech/Pfizer (Comirnaty) und dem von Moderna (COVID-19-Impfstoff). Dazu schreibt die STIKO (Ständige Impfkommission) in ihrer Empfehlung (Stand 14.01.2021), dass die Wirksamkeit und Sicherheit beider Produkte gleichwertig zu beurteilen sind. Zudem erklärt sie, dass die vorliegenden Daten noch keine Ergebnisse darüber liefern, ob trotz Impfung eine Verhinderung der Krankheitsübertragung gegeben ist (geimpfte werden nicht krank, können aber weiter Überträger sein).

Die Impfindustrie versucht seit 20 Jahren Impfstoffe mit mRNA-Technologie zu entwickeln und zur Zulassung zu bringen, ist jedoch bisher immer gescheitert. Nun soll es aber gelungen sein, denn vom ersten Tag an, als der Erreger SARS-Cov-2 in der Menschheit auftauchte, waren die Rufe nach Impfstoffen groß und sind bis heute nicht verstummt, gelten sie doch als einziger Ausweg aus der Krise. Nach nur 10 Monaten Entwicklung wurden nun Impfstoffe auf mRNA-Basis gemäß eines Notfallzugriffsmechanismus verfügbar gemacht. Laut Aussagen der zuständigen Behörden rechtfertigen die vorherrschenden Umstände eine Notfallverwendung von Arzneimitteln und biologischen Produkten während der COVID-19-Pandemie, da keine angemessenen, zugelassenen Alternativen vorhanden sind. So kommt jetzt etwas nach 10 Monaten zum Einsatz, was im Regelfall mindestens 8-12 Jahre Entwicklung benötigte (bei einer bekannten schon zugelassenen Impfmethode).

Anmerkung: Eine Notfallzulassung wurde für die USA und Großbritannien erlassen. In Europa gab es eine „ordentliche“ Zulassung somit auch in Deutschland. Dieses geschah laut offizieller Aussage aus Sicherheitsgründen, denn es wurden die Daten detaillierter und umfangreicher analysiert. Doch macht das wirklich einen Unterschied? Der Impfstoff wird schon seit Monaten produziert und was macht das für einen Unterschied, wenn für ein Vorhaben von 8-12 Jahren plötzlich 10 Monate ausreichen sollen, ist es völlig egal ob 3-4 Wochen mehr oder weniger. Doch ist es wirklich eine „ordentliche“ Zulassung oder ist es nur ein schönes Wort? Denn eigentlich haben wir eine „bedingte“ Zulassung, bedingt deshalb, weil eben noch nicht alle nötigen Daten für eine „normale“ Zulassung vorliegen. Bedeutet, die Phase 3 Studie läuft eigentlich noch. Zudem ist die „bedingte“ Zulassung auf ein Jahr begrenzt. Normal werden die Probanden, die an einer Studie teilnehmen regelmäßig untersucht und befragt, sodass rechtzeitig eingegriffen werden kann. Jetzt ist es so, dass die geimpften einfach losgelassen werden und sich bei Bedarf selbst melden sollen.

Dass es dieses Mal so schnell ging, wird damit begründet, dass diverse Wissenschaftler weltweit daran gearbeitet haben, bürokratische Wege beschleunigt wurden und ausreichend Gelder zur Verfügung standen. Zudem gab es zwanzig Jahre Forschung auf dem Gebiet der mRNA-Impfung. Damit diese nun schnell zum Einsatz kommen kann, wurden die üblichen 3 Versuchsphasen in einem „Teleskopierverfahren“ zusammengeschoben. Es wurden also die 3 Phasen nicht nach und nach abgearbeitet inklusive anschließender Nachbeobachtungen und Auswertungen der Ergebnisse, bis es in die nächste Phase ging, sondern die Phasen liefen mehr oder weniger parallel ab. In jeder dieser Phasen werden mehr Probanden mit einbezogen. Ausreichend Tierversuche, um vorab Nebenwirkungen auswerten zu können, fanden nicht statt. Und auch jetzt noch, wo der Impfstoff an die Bevölkerung ausgegeben wird, laufen die Beobachtungen, was die Risiken und Nebenwirkungen anbelangen, weiter.

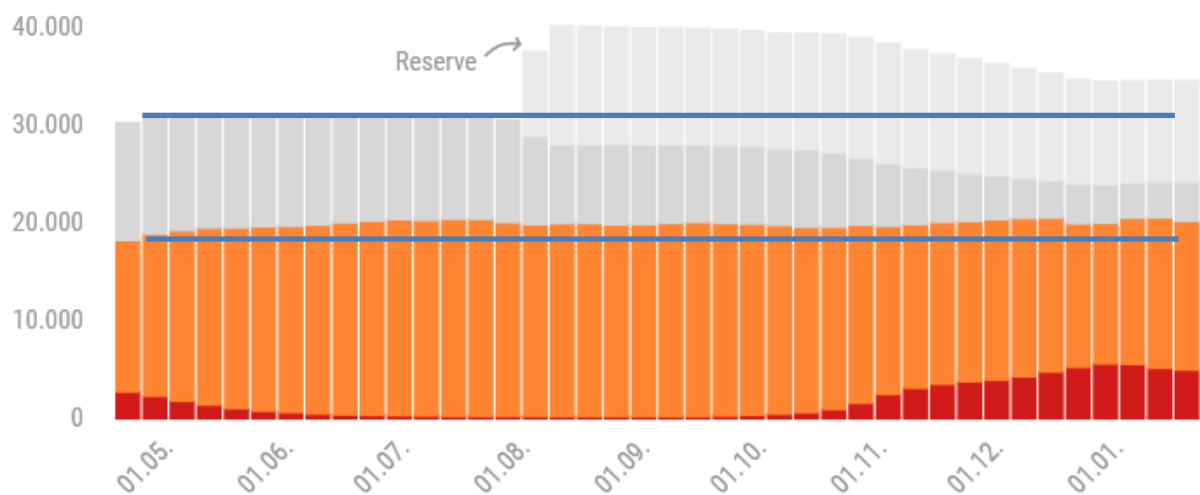
Eine repräsentative Studie (Dez. 2020) hat ergeben, dass 48% der Befragten bereit sind, sich gegen COVID-19 impfen zu lassen. Mitte April lag die Impfbereitschaft noch bei 79%. Die Befürwortung des medizinischen Personals lag im Verhältnis unterhalb der Allgemeinbevölkerung.



Abschlussgedanke: Hätten wir ohne diese drastischen Maßnahmen (mal abgesehen von den grundlegenden wie Abstand halten, Händehygiene, Lüften) andere Corona-Test-Zahlen? Sicherlich, doch wären diese so explodiert, wie es nachher die Kollateralschäden in der gesamten Bevölkerung tun werden? Letztendlich ist es ein reines Abwägen darüber, was mehr menschliches Leid verursacht. Welche Gruppe ist größer, die der schwer COVID Kranken und Toten oder die, die an den Maßnahmen zugrunde gehen? Diese Problematik ist natürlich noch nicht vollständig ausgearbeitet, aber alles deutet darauf hin, dass die Maßnahmen, die weltweit durchgesetzt werden, bei weitem alles übertreffen werden, was SARS-CoV-2 je geschafft hätte. Und wo soll das alles noch hinführen? Fakt ist, dass wir ständig Erreger in uns tragen (alte, neue, mutierte) und diese auch weitergeben können, die Krankheiten von mild bis tödlich hervorbringen. Diese gänzlich auszulöschen ist schier unmöglich und drängt man einen Erreger zurück, schafft man Platz für einen neuen. Zudem könnte man jeden X-beliebigen Krankheitserreger hernehmen und anfangen, nach diesem in der gesamten Bevölkerung zu suchen ... was wir da wohl für ein BESORGNISERREGENDES Ergebnis bekommen würden?

Ist Corona nun ein bestialisches Monster was alles und jeden vernichten will oder ist es das Monster unter dem Kinderbett? Wo es unschädlich gemacht werden kann, indem man dem Kind erzählt, dass es im Bett bleiben muss, damit ihm nichts geschieht. „Aber wehe du setzt ein Bein nach draußen, dann kommt das Monster und es wird schlimm, richtig schlimm“, hauchen die Eltern verschwörerisch dem Kind ins Ohr.

Die Durchschnittliche Wochenauslastung der Intensivbetten in Deutschland



rot=COVID-Anteil, orange=Komplettbelegung, dunkel-grau=freie Kapazitäten

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

PS: Es soll da eine Impfung geben, die so gut hilft und so sicher ist, dass manche halbwegs dazu gezwungen werden müssen, sich diese abzuholen. Diese Impfung soll eine Krankheit verhindern, die so gefährlich ist, dass viele sich erst einmal darauf testen lassen müssen, um zu erfahren, dass man diese überhaupt hat.

Zahlen und Daten stammen vom Robert-Koch-Institut (RKI), dem Statistischen Bundesamt und der Google Statistik. Der Inhalt wurde in Presseberichten und medizinischen Fachzeitschriften recherchiert.

