



Corona  
Impfung

Ja/Nein?

# Inhalt

Ist der neue Impfstoff sicher? .....	4
Risiken und Nebenwirkungen .....	6
Ein Fachmann erklärt .....	8
Immunität .....	10
Wer sollte sich impfen lassen? .....	12
Wie gut kann uns eine Impfung überhaupt schützen? .....	13
Wie hoch ist das Risiko? .....	14
Wie gefährlich ist SARS-CoV-2? .....	16
„Infiziert“ – aber völlig gesund! .....	18
Der PCR-Test .....	19
Die Anzahl der Zyklen .....	20
Gefahren richtig einschätzen .....	21
Zahlen bewerten! .....	22
2020 verlief milder als 2019 .....	23
Welche Sterbefälle wurden gezählt? .....	24
Eine gefährliche Seuche? .....	25
Herdenimmunität .....	26
Mit dem Virus leben .....	27
Ein starkes Immunsystem .....	28
Apendix – Zahlen, Daten, Fakten .....	29
Schlusswort .....	38

# Soll ich mich impfen lassen ?

Die Bundesregierung hat am 27.12.2020 mit einer breit angelegten Impfkampagne begonnen. Man will möglichst viele Menschen in Deutschland impfen.

Manche setzen große Hoffnung auf den neuen Impfstoff. Viele haben aber auch Sorgen und Zweifel in Bezug auf Sicherheit und Zuverlässigkeit der Impfstoffe.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir helfen aufzuklären. Möglichst sachlich und fair, aber auch kritisch und aus mehreren Perspektiven, damit jeder die Chance bekommt, eigenständig eine durchdachte Impfentscheidung aufgrund von gut recherchierten Informationen zu treffen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute und Gottes Segen,  
das Herausgeber-Team



# Ist der neue Impfstoff sicher?

Laut WHO befinden sich mehr als 200 Impfstoff-Kandidaten in der Entwicklung, die auf unterschiedlichen Wirkprinzipien beruhen (z. B. DNA, mRNA oder Vektor-Impfstoffe). Von diesen werden aktuell 51 in klinischen Studien an Menschen untersucht; mehr als 10 Impfstoff-Kandidaten befinden sich in oder kurz vor Beginn von Phase-3-Studien. Drei Hersteller haben die Notfall-Zulassung bereits bei der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) beantragt. Der mRNA-Impfstoff von Pfizer/BioNTech wurde im Dezember bereits in Deutschland zugelassen – der von Moderna Anfang Januar.

## Coronavirus Impfstoff-Kandidaten

Hersteller	Land	Impfstoff	Impfstoff-Typ	Status
BioNTech / Pfizer	<b>Deutschland/ USA</b>	BNT162b2 (Comirnaty)	mRNA	<b>EU-Zulassung erteilt</b>
Moderna	<b>USA</b>	m-RNA-1273	mRNA	<b>EU-Zulassung Notzulassung USA</b>
Oxford/AstraZeneca	<b>Großbritannien/ Schweden</b>	ChAdOx1 (AZD1222)	Vektor	<b>EU-Zulassung beantragt</b>
Johnson & Johnson	<b>USA</b>	Ad26.COV2.S	Vektor	<b>EU-Zulassung beantragt</b>
Curevac/Bayer	<b>Deutschland</b>	CVnCoV	mRNA	<b>Klinische Studien (Phase III)</b>
Gamaleja-Institut	<b>Russland</b>	Sputnik V	Vektor	<b>Notzulassung in Russland</b>
Sinova/Sinopharm	<b>China</b>	CoronaVac	Inaktiviertes Virus	<b>Notzulassung in China</b>

Stand: 25. Januar 2021

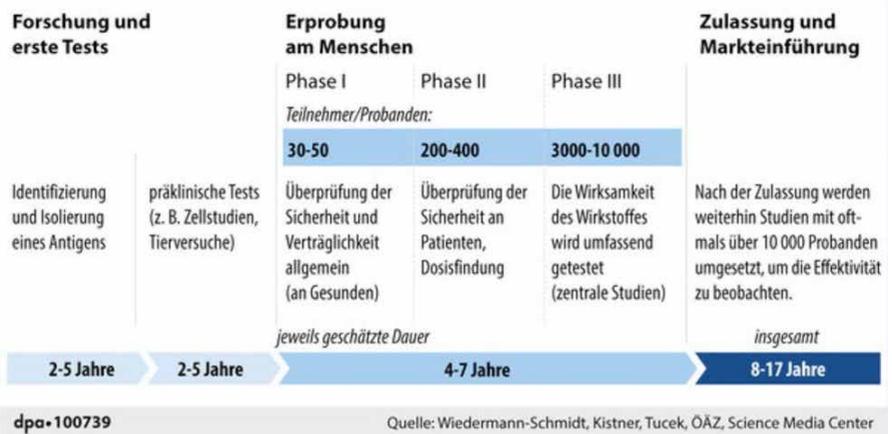
Die Bundesregierung hatte bereits im Voraus jede Menge Impfdosen bestellt: 85,8 Millionen Impfdosen von BioNTech/Pfizer – 50,5 Millionen Impfdosen von Moderna – 56,2 Millionen Dosen vom AstraZeneca-Impfstoff und weitere 37,25 Millionen der Firma Johnson & Johnson.

Ordnungsgemäß dauert die Entwicklung eines neuen Impfstoffes zwischen 8 und 17 Jahre. Nun hat man dieses gründliche Verfahren extrem verkürzt und eine „bedingte Zulassung“<sup>1</sup> ermöglicht. Aber kann ein Impfstoff bei einer derart verkürzten Schnell-Entwicklung überhaupt sicher sein? Das ist die große Frage, bei deren Beantwortung viele Wissenschaftler sehr unsicher sind, weil einfach zu wenige Daten vorliegen.

## Vom Antigen zum Impfstoff

Idealer Ablauf in der Entwicklung eines neuen Arzneimittels/Impfstoffes. Experten arbeiten daran, dass ein Impfstoff gegen Covid-19 deutlich früher bereitsteht.

alle Angaben variieren je nach Arzneimittel/Impfstoff (z. B. neu oder verbessert)



dpa • 100739

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

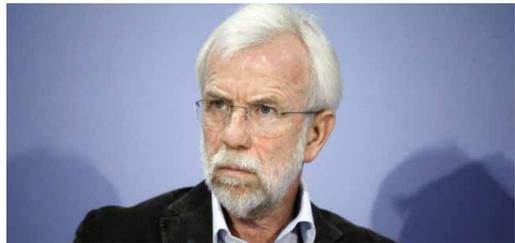
1) [https://ec.europa.eu/germany/news/20201222-impfstoff-zulassung\\_de](https://ec.europa.eu/germany/news/20201222-impfstoff-zulassung_de)

# Risiken und Nebenwirkungen

*„Die Langzeitnebenwirkungen kann naturgemäß noch niemand beurteilen.“*

Prof.Dr. Ludwig, der Chef der Arzneimittelkommission.

**Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Prof. Wolf-Dieter Ludwig, kritisiert in einem Interview („Welt“ 5.12.2020)<sup>2</sup> die Studienlage bei den Impfstoffen von BioNTech und Moderna und würde sich deswegen derzeit nicht gegen COVID-19 impfen lassen.**



*„Ich gehöre zwar schon zur Risikogruppe, was mein Alter betrifft. Aber ich warte mit einer Impfung ab, bis die Ergebnisse der klinischen Studien publiziert sind.“*

**Als „sehr häufige“ Nebenwirkungen werden im Briefing-Dokument der FDA<sup>3</sup> für den Impfstoff von BioNTech/Pfizer<sup>4</sup> folgende Zahlen angegeben.:**

- Reaktionen an der Injektionsstelle (84,1 %),
- Müdigkeit (62,9 %),
- Kopfschmerzen (55,1 %),
- Muskelschmerzen (38,3 %),
- Schüttelfrost (31,9 %),
- Gelenkschmerzen (23,6 %)
- Fieber (14,2 %)

All diese Nebenwirkungen treten bei dem Pfizer-Impfstoff allerdings erst nach der zweiten Impfung auf. In Deutschland wird man deshalb frühestens Ende Januar erstmalig von schweren Nebenwirkungen hören!

2) <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus221714088/Corona-Wissen-derzeit-nicht-wie-Impfstoff-bei-Risikopatienten-wirkt.html>

3) <https://www.fda.gov/media/144245/download.5.6>

4) [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx\\_150522\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx_150522_de.pdf)

Wenn man bedenkt, dass deutschlandweit ein Impfstoff zum Einsatz kommt, der in nur 9 Monaten entwickelt wurde und bei dem wesentliche Daten noch fehlen, kann man das nur als groß angelegte Menschenversuchsreihe bezeichnen. Dass wesentliche Daten noch fehlen, gab Virologe Prof. Stephan Becker im „heute journal“ ganz offen zu.



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

Die Aussage von Bundesforschungsministerin Anja Karliczek (CDU), der Impfstoff sei sicher und niemand müsse sich Sorgen machen, sieht Prof. Ludwig äußerst kritisch. Beim derzeitigen Wissensstand sei ein solcher Satz „**unüberlegt**“ und „**fahrlässig**“.<sup>5</sup>

---

5) <https://www.zdf.de/nachrichten/heute-journal/problem-nebenwirkungen-100.html>

# Ein Fachmann erklärt ...



## **Prof. Dr. Hockertz**

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

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

*„Ich habe Herrn Sahin, den Geschäftsführer der BioNTech, vor kurzem selbst angeschrieben und ihn gebeten, mir die toxikologischen Daten zur Verfügung zu stellen, auf deren Basis hier Menschenexperimente gemacht werden. Und ich habe bis heute (Ende September 2020) nicht mal eine Antwort erhalten.“*

*„Ich habe auch das Paul-Ehrlich-Institut (das deutsche Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel) mehrfach angeschrieben und immer wieder danach gefragt: Wo sind die Datensätze? Aber ich bekam keine Antwort. Ich muss davon ausgehen, dass gar keine Toxikologie gemacht worden ist und keine sauberen Daten vorliegen.“<sup>6</sup>*

Die am 21.12.2020 offiziell veröffentlichte Fachinformation des neuen BioNTech/Pfizer-Impfstoffs „Comirnaty“<sup>7</sup> bestätigt die Befürchtung von Herrn Prof. Hockertz:

*„Es wurden weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt.“*

**Das bedeutet: es sind bisher keinerlei Studien durchgeführt worden, die belegen könnten, dass dieser Impfstoff nicht krebserregend oder genschädigend ist. Auch bei empfindlichen Gruppen wie Kindern, Schwangeren oder Risikopatienten wurde der Impfstoff bisher noch gar nicht getestet.**

<sup>6</sup>) Alle Zitate stammen aus einem Interview (<https://youtu.be/RJue8CKkD8M>) vom Youtubekanal Punkt.PRERADOVIC

<sup>7</sup>) S.9 - Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels „Comirnaty“ [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx\\_150522\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx_150522_de.pdf)



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

**Prof. E. Caumes**

Leiter der Abteilung für Infektions- und Tropenkrankheiten in einem großen Pariser Krankenhaus

**Eric Caumes<sup>8</sup> ist schockiert über die Anzahl und die Stärke der Nebenwirkungen des COVID-19- Impfstoffs von Pfizer:**

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

**V-safe Active Surveillance for COVID-19 Vaccines**

	Dec 14	Dec 15	Dec 16	Dec 17	Dec 18*
Registrants with recorded 1 <sup>st</sup> dose	679	6,090	27,823	67,963	112,807
Health Impact Events**	3	50	373	1,476	3,150
Pregnancies at time of vaccination	5	29	103	286	514

\*Dec 18, 5:30 pm EST

\*\*unable to perform normal daily activities, unable to work, required care from doctor or health care professional

Bis zum 18.12.2020 wurden in England über 100.000 Menschen gegen CoVID-19 geimpft. Die amerikanische Behörde CDC hat am Folgetag bereits eine erste Veröffentlichung<sup>10</sup> hierzu publiziert. Binnen vier Tagen konnten 3.150 der geimpften Personen keine normalen Tagesaktivitäten mehr ausführen, waren unfähig zu arbeiten, benötigten ärztliche oder pflegerische Hilfe. Auch Norwegen äußert zunehmende Besorgnis über die Sicherheit des Pfizer-Impfstoffs, nachdem 29 ältere Menschen<sup>11</sup> mit schwerwiegenden Grunderkrankungen direkt nach der Impfung verstorben sind.

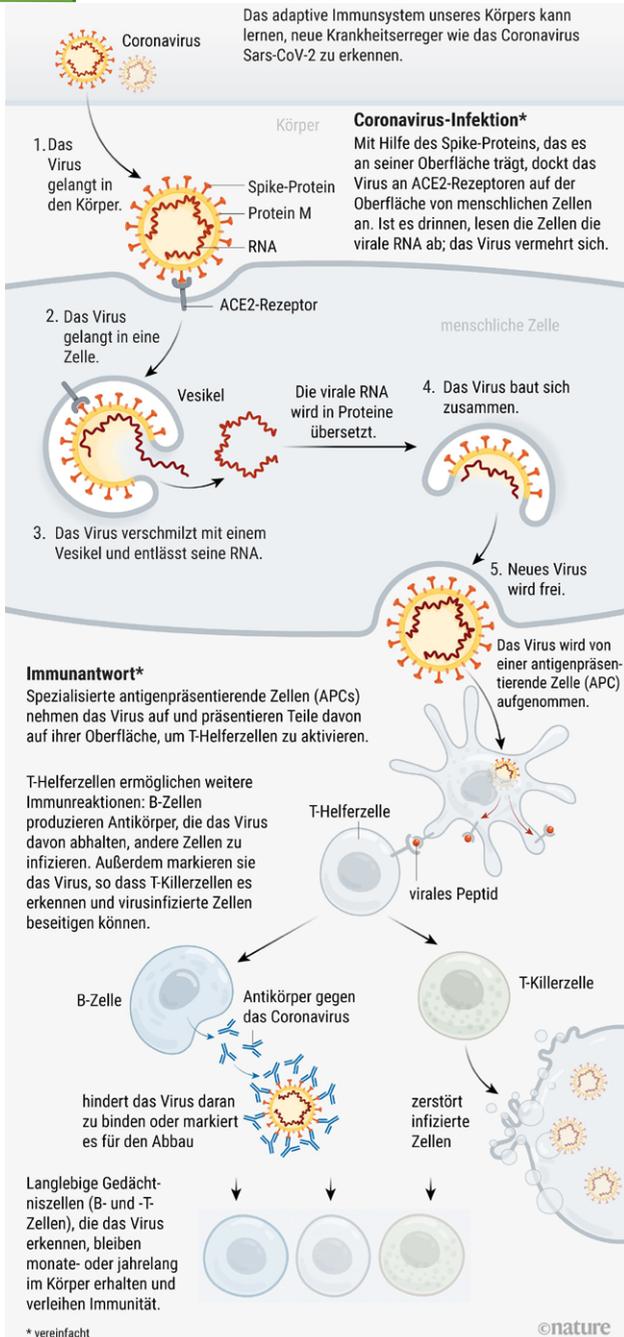
8) <https://www.leparisien.fr/societe/sante/vaccin-anti-covid-de-pfizer-je-n-ai-jamais-vu-tant-d-effets-indesirables-s-inquiete-eric-caumes-09-12-2020-8413376.php>

9) <https://www.lifesitenews.com/news/french-infectious-disease-expert-shocked-by-the-number-of-adverse-reactions-to-covid-19-vaccine>

10) <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2020-12/slides-12-19/05-COVID-CLARK.pdf>

11) [https://www.business-standard.com/article/current-affairs/pfizer-vaccine-worries-norway-as-29-elderly-people-die-after-taking-shot-12101700157\\_1.html](https://www.business-standard.com/article/current-affairs/pfizer-vaccine-worries-norway-as-29-elderly-people-die-after-taking-shot-12101700157_1.html)

# Immunität



Die Immunität gegen Coronaviren beruht auf zwei Säulen:

- 1) Antikörper**
- 2) spezialisierte Zellen des Immunsystems, sogenannte Helfer-Lymphozyten und Killer-Lymphozyten.** Wenn ein Virus in den Körper eindringt und eine Krankheit verursacht, reagiert das Immunsystem mit der Mobilisierung dieser Verteidigungsarmee.

Alle Vorgänge zur Immunität sind in diesem kostenlos einsehbaren Kapitel von Prof. Bhakdi & Prof. Reiss präzise und leicht verständlich erklärt.<sup>12</sup>

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

12) [https://jmdo-storage.global.ssl.fastly.net/file/d855a274-0516-44c7-9db9-3d7451b07f7/Corona%20Fehlalarm\\_20S\\_ARZTE-FUR-AUFLARUNG.pdf](https://jmdo-storage.global.ssl.fastly.net/file/d855a274-0516-44c7-9db9-3d7451b07f7/Corona%20Fehlalarm_20S_ARZTE-FUR-AUFLARUNG.pdf)

## WIE FUNKTIONIERT DIE M-RNA-IMPfung?

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

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

So wird unserem Immunsystem „vorgaukelt“, hier handele es sich um eine Corona-Infektion. Und eine Immunreaktion des Körpers wird ausgelöst.

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

## WIE FUNKTIONIERT DIE VEKTOR-IMPfung?

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

**Vektorimpfstoffe gehören auch zur Gruppe der genbasierten Impfstoffe.**

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

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

# Wer sollte sich impfen lassen?

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

## Warum wird eine Impfung gegen Influenza nicht empfohlen?

Eine Influenza-Erkrankung bei gesunden Kindern oder bei Erwachsenen unter 60 Jahren verläuft in der Regel ohne schwerwiegende Komplikationen. Auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie spricht die STIKO **keine** generelle Impfempfehlung aus. (RKI)

Quelle: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ15.html>

Deshalb muß man sehr genau zwischen dem Risiko der jeweiligen Krankheit und dem Risiko eventueller Impfschäden und Nebenwirkungen abwägen!<sup>17</sup>

Für Impfungen gilt, dass sie grundsätzlich höheren Anforderungen genügen müssen als ein Medikament zur Behandlung von Krankheiten. Schließlich werden sie bei gesunden Menschen angewendet und dürfen nicht mehr Schaden als Nutzen anrichten.<sup>13</sup>

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

**Das RKI räumte ein, dass es für eine Wirksamkeit der Impfung bei alten Menschen nur eine sehr geringe Evidenz gibt!** Außerdem muß man beachten: Je älter und schwächer ein Mensch ist, desto gefährlicher können auch die Nebenwirkungen der Impfung für diese Person werden.

(Multipolar | <https://multipolar-magazin.de/artikel/geringe-evidenz-impfung>)

# Wie gut kann uns eine Impfung überhaupt schützen?

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

- Die Pharmakonzerne versprechen für die neuen mRNA-Impfstoffe eine eher unrealistisch hohe Wirksamkeit von 94% oder 95%. Es handelt sich dabei jedoch nur um einen relativen Wert, der auf einer sehr geringen Datenlage beruht und von vielen Fachleuten angezweifelt wird.
- Die BioNTech/Pfizer- Studie wurde an 2 Gruppen mit jeweils 18.198<sup>14</sup> Probanden durchgeführt. Nach der zweiten Impf-Dosis traten 8 COVID-19-Fälle in der Impfgruppe und 162 Fälle in der Placebo-Gruppe auf.<sup>15</sup> Aus diesen 2 minimalistischen Zahlen leitet man die Impfschutzprognose für Millionen von Menschen ab.
- Wie lange der erhoffte Impfschutz anhält, ist momentan nicht bekannt.
- Zum Vergleich: Die Effektivität der Grippeimpfung betrug laut Robert-Koch-Institut in der Influenza-Saison 2018/2019 gerade mal 21 % Prozent. D.h. die Impfung schützte nur etwa jede fünfte Person.<sup>16</sup> Bei einer Grippe-Impfung gilt schon eine Schutzwirkung von 50% als großer Erfolg, d.h. dass jeder zweite tatsächlich einen Impfschutz erhält.
- Es scheint so zu sein, dass unser Körper Coronaviren „gar nicht über Antikörper, sondern vorrangig über zytotoxische T-Zellen und Killer-Lymphozyten bekämpft, die ich mit einer Impfung gar nicht erreichen kann“.<sup>17</sup> Das heißt, man hätte hier ein immunologisches Geschehen, das eine Impfung eigentlich ausschließt.

**Wer geimpft ist, kann dennoch für andere Menschen ansteckend sein!**

14) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119166/SARS-CoV-2-Impfstoff-von-Biontech-Pfizer-erzielt-schon-frueh-Schutzwirkung-FDA-hat-keine-Sicherheitsbedenken>

15) <https://www.fda.gov/media/144245/download>

16) Quelle: [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI\\_Influenzabericht\\_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

17) [https://christen-im-widerstand.de/wp-content/uploads/2020/09/Sollte-man-sich-impfen-lassen\\_-gegen-CORONA.pdf](https://christen-im-widerstand.de/wp-content/uploads/2020/09/Sollte-man-sich-impfen-lassen_-gegen-CORONA.pdf)

# Wie hoch ist das Risiko?

## Prof. Hockertz warnt:

*„Wenn wir von einer realistischen Rate von etwa 5% Impfschäden ausgehen, dann sind das (bei 83 Mio Einwohnern) 4 Millionen Menschen, die einen Schaden erleiden werden.“*

*„Bei einem schlecht entwickelten Impfstoff (wie dem aktuellen Corona-mRNA-Impfstoff) müssen wir damit rechnen, dass sogar 0,1 % der Geimpften versterben werden. Das sind 80.000 Menschen! Eine Stadt wie Bamberg oder Konstanz, die komplett ausgelöscht wird, weil nicht „state of the art“ - nach allen Regeln der Kunst - entwickelt wird.“*

*„Ich lehne diese Impfung gegen Corona ab, weil sie weder sicherheitstechnisch, noch toxikologisch oder klinisch vernünftig untersucht worden ist und weil die Gefahr für Leib und Leben ungeheuer groß ist.“<sup>18</sup>*

Das Risiko, schwere Impfschäden zu erleiden, liegt bei 3–5% und ist ca. 100 mal höher als das Risiko von COVID-19.

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

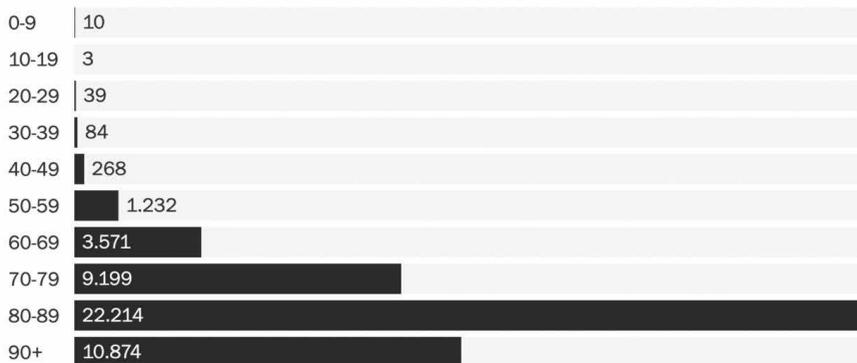
1. Ob man sich persönlich impfen lassen sollte, hängt von einem Nutzen-Kosten-Vergleich ab.
2. Der Nutzen einer Impfung besteht in der **absoluten** Risikominderung. Kosten sind die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen.
3. Nutzen und Kosten müssen denselben Zeitraum und Schäden desselben Schweregrads betreffen.
4. Senkt eine Impfung das absolute Risiko einer schweren Erkrankung innerhalb von X Monaten um 0,03% und treten in diesem Zeitraum schwere Nebenwirkungen in 0,5% der Fälle auf, sollte man lieber verzichten.
5. Das Risiko einer schweren Erkrankung ist bei Älteren höher, die Impfwirkung meist geringer und die Gefahr schwerer Nebenwirkungen wiederum höher.
6. Studien, die solide Nutzen-Kosten-Vergleiche zulassen, dauern oft 10 – 20 Jahre. Für die mRNA-Impfung gibt es keine verlässlichen Daten. An den Studien in Brasilien usw. nahmen vornehmlich Jüngere teil.
7. Das genaue Risiko von bleibenden Impfschäden ist zwar noch nicht bekannt – bekannt ist aber, dass die allermeisten gesunden Menschen eine COVID-19-Infektion ohne schwerwiegende Probleme überstehen.

# Wie gefährlich ist SARS-CoV-2?

Darüber weiß man heute wesentlich mehr als Anfang März. Die WHO veröffentlichte kürzlich eine Studie von Prof. John Ioannidis<sup>19</sup>, die belegt, dass die durchschnittliche Sterblichkeitsrate von COVID-19 0,27% und damit im Bereich einer mittelschweren Grippe liegt. Die folgende Grafik zeigt: je jünger ein Mensch ist, desto ungefährlicher ist das Virus für ihn!

## Die Altersverteilung der Covid-Toten in Deutschland

Die Grafik zeigt die Altersverteilung der an das Robert Koch-Institut übermittelten COVID-19-Todesfälle.



Grafik: Tagesspiegel Innovation Lab • Quelle: RKI (Stand 19.01.2021, 0:00 Uhr)

87% aller COVID-19-Todesfälle sind 70 Jahre oder älter. D.h. nur 13% aller Verstorbenen waren unter 70 Jahre alt. Der Altersmedian der Sterbezahlen liegt insgesamt bei 83 Jahren. Wirklich gefährlich ist SARS-CoV-2 also vor allem für Menschen über 80 Jahre.

Für Kinder und Jugendliche ist COVID-19 dagegen erstaunlich ungefährlich. Es starben bisher nur 3 von allen 16 Millionen Kindern in Deutschland und diese vermutlich auch eher „mit“ als „an“ COVID-19. Die anderen Todesfälle sind bisher nicht validiert.

Das Sterbe-Risiko liegt für Kinder bei ca. 1 zu 1 Million (0,0001%) und ist damit quasi gleich Null.

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

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

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

Insgesamt macht diese Tabelle deutlich, dass für Menschen unter 50 Jahre die Wahrscheinlichkeit einer Corona-Erkrankung mit tödlichem Verlauf verschwindend gering ist.

Originalabschnitt  
aus der WHO-  
Studie von Prof.  
John Ioannidis

**Results** I included 61 studies (74 estimates) and eight preliminary national estimates. Seroprevalence estimates ranged from 0.02% to 53.40%. Infection fatality rates ranged from 0.00% to 1.63%, corrected values from 0.00% to 1.54%. Across 51 locations, the median COVID-19 infection fatality rate was 0.27% (corrected 0.23%); the rate was 0.09% in locations with COVID-19 population mortality rates less than the global average (< 118 deaths/million), 0.20% in locations with 118–500 COVID-19 deaths/million people and 0.57% in locations with > 500 COVID-19 deaths/million people. In people < 70 years, infection fatality rates ranged from 0.00% to 0.31% with crude and corrected medians of 0.05%.

**Conclusion** The infection fatality rate of COVID-19 can vary substantially across different locations and this may reflect differences in population age structure and case-mix of infected and deceased patients and other factors. The inferred infection fatality rates tended to be much lower than estimates made earlier in the pandemic.

Die neuen Corona-Impfstoffe bergen allesamt ein hohes Risiko in sich und sind schlechter erprobt als jede andere Grippeimpfung.

**Verglichen damit ist das Risiko einer COVID-19-Erkrankung für gesunde Menschen unter 70 Jahren, um ein Vielfaches geringer als eine Impfung.**

# „Infiziert“ – aber völlig gesund!

Zum Dreh- und Angelpunkt für die Einschätzung der epidemischen Lage in Deutschland wurde nicht die Zahl der schwer Erkrankten genommen, sondern die Zahl der Positiv-Getesteten, auch wenn diese zum großen Teil völlig gesund waren. Täglich werden wir seit 10 Monaten mit den neusten „Fallzahlen“ dauerbeschallt. Dabei wird aber die Zahl der Positiv-Getesteten grundsätzlich mit „Neuinfizierten“ gleichgesetzt – und manchmal sogar mit „Erkrankten“. Diese Gleichsetzung ist wissenschaftlich nicht korrekt. Ein positiver PCR-Test weist noch keine Infektion nach - und wer infiziert ist, muss noch lange nicht krank sein, sondern hat zu 85% nur leichte oder gar keine Symptome. Man hat in der Regel völlig außer acht gelassen zu fragen, wer eigentlich von all den Test-Positiven wirklich schwer krank geworden ist? Eine selten gezeigte Tabelle des RKI gibt eindrücklich Aufschluss:

## Klinische Aspekte

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

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

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

Von allen gemeldeten Covid-19-Fällen entwickeln nur  
**1% schwerwiegende Symptome<sup>20</sup>** wie eine Lungenentzündung.  
**99% entwickeln also KEINE Lungenentzündung!**

20) [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Dez\\_2020/2020-12-22-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-22-de.pdf?__blob=publicationFile)

21) <https://www.yourgenome.org/facts/what-is-pcr-polymerase-chain-reaction>

22) <https://twitter.com/robinmonotti/status/1326933369222029312>

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

# Der PCR Test

Das Verfahren der PCR (Polymerase-Chain-Reaction) wurde im Jahr 1983 vom US-amerikanischen Biochemiker Kary B. Mullis entwickelt und basiert im Wesentlichen auf zwei Prinzipien:<sup>21</sup>

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



*Der Erfinder der PCR-Methode Dr. Kary Mullis sagte selbst: „Mit PCR kann man so ziemlich alles in jedem finden“<sup>22</sup>*

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

*Christian Drosten sagte über den PCR Test im Jahr 2014 bzgl. der MERS-Infektionswelle: Die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten.<sup>23</sup>*



Christian Drosten

Die Polymerase-Kettenreaktion ist eine Methode, um sogar eine extrem geringe Menge einer bestimmten Erbsubstanz exponentiell so stark zu vervielfältigen, dass sie nachweisbar wird.

Dazu wird das Enzym DNA-Polymerase verwendet. Die Bezeichnung Kettenreaktion bedeutet, dass das Produkt des vorherigen Zyklus jeweils als Ausgangsstoff für den nächsten Zyklus dient und somit eine exponentielle Vervielfältigung ermöglicht wird.

# Die Anzahl der Zyklen

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

## EINIGE FAKTEN ZUM CORONA-PCR-TEST:

1. Bei positiven PCR-Tests mit **25 Vermehrungszyklen** kann man noch in **70–80%** aller Proben tatsächlich ein vermehrungsfähiges Virus entdecken. Pro Zyklus nimmt allerdings die Chance, vermehrungsfähige Viren zu entdecken, deutlich ab.<sup>24</sup>
2. Bei **35 Zyklen** läßt sich nur noch in **3–8% aller Proben ein vermehrungsfähiges Virus** finden.<sup>25</sup>
3. Der ursprünglich von **Drosten** entwickelte Test arbeitet mit einer Zahl von **45 Zyklen**, was extrem sensitiv, um nicht zu sagen, fahrlässig sensitiv ist.
4. Um ansteckend zu sein, muss man „100mal mehr Viruslast in sich tragen als die Nachweisgrenze der Tests“ (Zitat: Olfert Landt).<sup>26</sup>

Wenn ein Corona-PCR-Test also erst bei einem CT-Wert von über 35 positiv anschlägt, besteht so gut wie keine Ansteckungsgefahr mehr, denn die vorhandene Viruslast ist zu gering. Trotzdem werden in den Laboren momentan in der Regel Messungen von 35, 40 oder gar 45 Zyklen vorgenommen.<sup>27</sup>

**Olfert Landt**, Geschäftsführer von TIB Molbiol (Partner von Christian Drosten), der mit seiner Berliner Firma weltweit die ersten Corona-PCR-Tests verkaufte, überraschte gerade kürzlich die Öffentlichkeit, indem er bei einem Interview mit der Fuldaer Zeitung im Dezember 2020 bekanntgab: **„Die Hälfte aller positiv getesteten Personen ist nicht infektiös!“**<sup>28</sup> Das heißt aber auch: die Hälfte aller Erwachsenen und Kinder, die in Quarantäne geschickt worden sind, wurden völlig zu Unrecht ihrer Freiheit beraubt.

24) <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa638/5842165>

25) <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.2532.2001483>

26) <https://www.nordkurier.de/politik-und-wirtschaft/die-haelfte-aller-corona-positiven-ist-nicht-ansteckend-2241827212.html>

27) <https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/138260>

28) <https://www.fuldaerzeitung.de/fulda/corona-pcr-test-infektoes-robert-koch-institut-rki-berlin-tib-molbiol-olfert-landt-90132220.html>

# Gefahren richtig einschätzen

Wenn man die Gefährlichkeit einer Situation, Krankheit, Sportart oder Tätigkeit realistisch beurteilen möchte, muss man sich ganz nüchtern Zahlen und Fakten anschauen. Man darf sich nicht auf sein Bauchgefühl, Schreckensbilder im Fernsehen oder Erzählungen von Freunden verlassen.

## **Beispiel Straßenverkehr:**

2018 sind in Deutschland 3.265 Menschen<sup>29</sup> durch Verkehrsunfälle gestorben. 1.424 Tote waren PKW-Fahrer und 697 Motorradfahrer. Man könnte nun denken: Autofahren ist doppelt so gefährlich wie Motorradfahren – doch weit gefehlt: Statistisch gesehen ist Motorradfahren 16- bis 20mal gefährlicher als Autofahren! Denn es gibt ca.16x so viele Autos in Deutschland wie Motorräder. Und man verbringt in der Regel viel mehr Zeit im Auto als auf dem Motorrad.

## **Beispiel Schwimmen:**

2019 sind in Deutschland 417 Menschen ertrunken.<sup>30</sup> Stellen Sie sich vor, das Fernsehen würde an 417 Tagen hintereinander über einen weiteren Fall berichten, wo in Deutschland jemand ertrunken ist. Ganz sicher würden uns die schrecklichen Bilder von Ertrunkenen beeinflussen. Nach wenigen Wochen wären die meisten davon überzeugt, dass Schwimmen unglaublich gefährlich ist. So lässt sich mediale Panik schüren! Am Ende wären vermutlich alle bereit, das Schwimmen offiziell verbieten zu lassen – obwohl in Deutschland das Risiko zu ertrinken minimal ist.

---

29) [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/02/PD19\\_069\\_46241.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/02/PD19_069_46241.html)

30) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5331/umfrage/ertrunkene-nach-bundeslaendern/>

# Zahlen bewerten

## **Sind 1000 Euro viel oder wenig?**

Das kommt darauf an. Handelt es sich um das wöchentliche Taschengeld Ihres Sohnes oder um Ihr Monatsgehalt für einen 40h-Job?

## **Sind 20.000 Tote viel oder wenig?**

Das kommt darauf an. Täglich sterben in Deutschland ungefähr 2600 Menschen, insofern wäre 20.000 im Monat nicht viel, sondern erstaunlich wenig.

## **Sind 100.000 Corona-Positive pro Woche viel oder wenig?**

Um das richtig zu beurteilen, muss man diverse andere Parameter kennen:

Wie viele Tests wurden insgesamt gemacht?

Wie hoch war jeweils der CT-Wert bei den PCR-Tests?

Wie viele Tests waren gar nicht korrekt, sondern nur falsch-positiv?

Welche Infektionszahlen sind bei anderen Grippewellen innerhalb der Gesamtbevölkerung normal ?

Bei welchen Bevölkerungsgruppen wurde vorrangig getestet? Bei völlig gesunden Menschen oder bei Kranken? Bei Kindern in Schulen oder in Altersheimen?

In einer Großstadt oder auf dem Land?

Wie viele der sogenannten „Neuinfizierten“ sind überhaupt krank geworden?

## **Sind 40.000 Corona-Tote in einem Jahr viel oder wenig?**

Um das richtig zu beurteilen, müsste man unter anderem wissen:

1. Wie viele Menschen sind gar nicht genuin „an“ sondern nur „mit“ Corona gestorben und trotzdem in die Sterbestatistik eingeflossen?
  2. Wie viele sind in anderen Jahren an Atemwegsinfektionen gestorben? Welche Zahlen sind also „normal“?
-

# 2020 verlief milder als 2019

Die Plattform **www.Initiative-Qualitätsmedizin.de**<sup>31</sup> wurde von diversen Universitätskliniken und Krankenhäusern (u.a. auch der Berliner Charité) im Jahr 2008/09 gegründet. Die beteiligten 421 Krankenhäuser tragen jedes Jahr extrem umfangreiche und aussagekräftige Daten von gut 4 Millionen Patienten zusammen. Auch die Anzahl aller schweren Atemwegsinfektionen (der „SARI“-Fälle) wird jedes Jahr sehr genau aufgenommen. Der Vergleich von 2020 zu 2019 ist mehr als überraschend:

Alle Patienten	2019	2020	Differenz (2020-19)
Krankenhaus	3.898.668	3.393.480	-505.188 (-13%)
SARI	217.131 (5,6%)	187.581 (5,5%)	-29.550 (-13,6%)
Intensiv	191.523 (4,9%)	181.047 (5,3%)	-10.476 (-5,5%)
Beatmung	93.505 (2,4%)	86.046 (2,5%)	-7.459 (-8%)
<b>Verstorben</b>			
Krankenhaus	87.636 (2,2%)	84.568 (2,5%)	-3.068 (-3,5%)
SARI	25.743 (11,9%)	25.791 (13,7%)	48 (0,2%)
Intensiv	34.146 (17,8%)	32.936 (18,2%)	-1.210 (-3,5%)
Beatmung	27.512 (29,4%)	25.725 (29,9%)	-1.787 (-6,5%)

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Tab. 3.: Anzahl aller Krankenhausfälle, der Fälle mit SARI, mit Intensivbehandlung (INT) und der Fälle mit Beatmung für die Jahre 2019 und 2020 der KW 1 - 48. In Klammern ist der %-Anteil an allen Fällen dargestellt. Die Differenz beider Jahre ist ebenfalls angegeben, wobei hier in Klammern der %-Unterschied zum Jahr 2019 dargestellt ist. Die Verstorbenen sind für alle Kategorien angegeben, wobei in Klammern die %-Sterblichkeit angegeben ist. Die Differenz der Verstorbenen ist angegeben, wobei hier der %-Anteil den Unterschied zu 2019 darstellt.

Wenn man von bedrohlich vielen Toten und überfüllten Intensivstationen hört, muss man diese Zahlen unbedingt ins Verhältnis zu den vergangenen Jahren setzen! „Wie voll waren die Intensivstationen im letzten Jahr, wie viele Leute waren mit Atemwegsinfektionen letztes Jahr erkrankt? Wie viele mussten letztes Jahr beatmet werden?“ Genau auf diese Fragen gibt die obige Tabelle klipp und klar eine Antwort! **Im Jahr 2020 lagen zu allen Zeiten sogar weniger Menschen auf den Intensivstationen mit schweren Atemwegsinfektionen als in 2019.**

31) <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>

# Welche Sterbefälle wurden gezählt?

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

*„Für die Kalenderwochen 49 und 50 (30.11. – 11.12.) kann ich berichten, dass unter den 705 von mir durchgeführten Leichenschauen 132 Verstorbene (= 18,7%) als Covid-19-positiv angegeben wurden (hervorgehend aus den mir vorliegenden Sterbepapieren). Die meisten wären auch ohne Corona gestorben. Das Durchschnittsalter dieser als positiv angegebenen Personengruppe lag bei 84 Jahren. Unter Berücksichtigung der aus den Todesbescheinigungen hervorgehenden (...) Kausalketten zum Todesgeschehen sowie unter Einbeziehung meiner Untersuchungsbefunde kann ich ausführen, daß praktisch alle Covid-positiv Verstorbenen schwere, meist mehrfache Vorerkrankungen aufgewiesen haben (am häufigsten Demenz, Hirnschlag, Herzinsuffizienz, Kachexie oder massives Übergewicht) und bei mindestens 2/3 dieser Personengruppe (wahrscheinlich eher deutlich mehr) eine Covid19-Infektion auch wegdenkbar ist, um das todesursächliche Geschehen zu erklären.“<sup>32</sup>*

Vermutlich gilt ähnliches weltweit für alle Todesfälle: Man kann getrost wenigstens 1/3 aller Sterbefallzahlen abziehen, da diese allesamt auch ohne COVID-19 gestorben wären. Dr. Klaus Püschel, Gerichtsmediziner aus Hamburg, berichtete schon lange dasselbe.<sup>33</sup> Die offizielle Erklärung des RKI stellt fest:

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

**Das heißt explizit:  
Jeder mit einem positiven PCR-Test kommt in die Statistik.<sup>34</sup>**

<sup>32</sup>) <https://reitschuster.de/post/covid-19-infektion-bei-zwei-dritteln-der-toten-wegdenkbar/>

<sup>33</sup>) [https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-rechtsmediziner-ohne-vorerkrankung-ist-in-hamburg-an-covid-19-noch-keiner-gestorben\\_id\\_11865398.html](https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-rechtsmediziner-ohne-vorerkrankung-ist-in-hamburg-an-covid-19-noch-keiner-gestorben_id_11865398.html)

<sup>34</sup>) [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Dez\\_2020/2020-12-22-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-22-de.pdf?__blob=publicationFile)

# Eine gefährliche Seuche?

**In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind.** <sup>35</sup>

Der kritische Inzidenzwert, den die Bundesregierung als bedrohlich für die Corona-Pandemie festgelegt hat, lag genau dort: bei 5 von 10.000 bzw. 50 pro 100.000 – also im Bereich einer seltenen Krankheit.

Eine wirklich gefährliche Seuche waren zum Beispiel Pocken: 1796, England. Der englische Arzt Edward Jenner sucht fieberhaft nach einem Mittel gegen die damals grassierenden Pocken. Der Krankheitserreger ist höchst infektiös und führt bei fast jedem dritten Betroffenen zum Tod. Wer überlebt, ist meistens durch Pockennarben entstellt, auch Folgeschäden wie Blindheit oder Lähmungen sind möglich. Dr. Jenner ist aufgefallen, dass Melkerinnen, die sich mit den harmlosen Kuhpocken infiziert haben, offenbar nicht an den gefährlichen menschlichen Pocken erkranken können. Das bringt ihn auf eine Idee: Er nimmt das eiterige Pockenblasensekret einer an Kuhpocken erkrankten Melkerin und infiziert damit einen achtjährigen Jungen. Die Erkrankung verlief erwartungsgemäß unkompliziert. Nach der Genesung des Jungen verabreicht Jenner ihm das Sekret der menschlichen Pocken. Und siehe da: Der Junge infiziert sich nicht, offensichtlich ist er immun.

**„Die erste Impfung der Geschichte war erfolgreich.“**

Bei Corona /COVID-19 haben wir es mit einer Atemwegsinfektion zu tun, die für die allermeisten Menschen harmlos ist und vorrangig für alte Menschen (über 80) gefährlich werden kann. Deshalb kann man Prof. Gérard Krause (Leiter der Forschungsgruppe Epidemiologie) vom Helmholtz-Zentrum nur zustimmen:

*„Wir müssen uns auf die Menschen konzentrieren, die ein besonders hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben. Diese Menschen müssen optimal geschützt und versorgt werden.“* <sup>36</sup>

<sup>35</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/seltene-erkrankungen.html>

<sup>36</sup> <https://www.helmholtz-hzi.de/de/wissen/wissensportal/keime-und-krankheiten/coronaviren/>

# Herdenimmunität

**„Unser Ziel sollte es sein, die Sterblichkeit und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir die Herdenimmunität erreichen.“<sup>37</sup>**

Das ist der Kerngedanke der Great-Barrington-Erklärung, die von vielen tausend Ärzten weltweit unterzeichnet worden ist.

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

- *„Impfstoffe sind aus meiner Sicht nicht notwendig.“*
- *„Die Pandemie wird nicht verschwinden, wenn der Impfstoff zur Verfügung steht. Sie wird dann zu Ende gehen, wenn das Virus alle Menschen gefunden hat“.*
- *„Infizierte werden (nach der Erkrankung) einen robusten Schutz behalten.“<sup>38</sup>*

Stöhr bewertet die Pandemie als Naturereignis, das nicht zu stoppen ist und geht davon aus, dass es „ein bis zwei Jahre dauert, bis das Virus den größten Teil der Weltbevölkerung infiziert haben wird.“ Wie die anderen (im allgemeinen milden) menschlichen Coronaviren würde SARS-CoV-2 dann ständig zirkulieren und hauptsächlich einfache Infektionen der oberen Atemwege verursachen.

**Deshalb „müssen wir lernen, mit dem Virus zu leben.“<sup>39</sup>**

---

37) <https://gbdeclaration.org>

38) <https://www.swr.de/swr2/leben-und-gesellschaft/epidemiologe-klaus-stoehr-zur-corona-pandemie-als-naturereignis-nicht-zu-stoppen-100.html>

39) Interview – Die Zeit 14.10.2020 <https://www.zeit.de/2020/43/klaus-stoehr-epidemiologe-corona-strategie-bundesregierung-kritik/seite-3>

# Mit dem Virus leben

Bisher machten uns hier in Deutschland in Bezug auf Atemwegsinfektionen vorrangig Influenza-, Rhino- und Adeno-Viren zu schaffen. Wir haben gelernt, mit diesen Viren zu leben und wissen: Ausrotten kann man sie nicht – aber sinnvolle Schutzmaßnahmen ergreifen.

Auch Coronaviren sind seit den 1960er Jahren bekannt. Die verschiedenen humanen Coronaviren sind laut epidemiologischen Studien für ca. 15 % aller gewöhnlichen Atemwegsinfektionen verantwortlich und nicht sonderlich gefährlich. SARS-CoV-2, das Coronavirus, welches als Ursache für COVID-19 identifiziert wurde und sich seit Ende 2019 über Wuhan, China weltweit ausbreitete, scheint da anders und deutlich gefährlicher als übliche Coronaviren zu sein. Dennoch ist es nicht wesentlich gefährlicher als Influenza A. Das wissen wir heute! Insofern können wir mit SARS-Cov-2 auch ähnlich umgehen wie mit anderen Grippewellen.

## Auszug aus der Great-Barrington-Erklärung:

*„Glücklicherweise wachsen unsere Erkenntnisse über das Virus. Wir wissen, dass die Gefahr durch COVID-19 zu sterben bei alten und gebrechlichen Menschen mehr als tausendmal höher ist als bei jungen Menschen. Tatsächlich ist COVID-19 für Kinder weniger gefährlich als viele andere Leiden, einschließlich der Influenza. In dem Maße, wie sich die Immunität in der Bevölkerung aufbaut, sinkt das Infektionsrisiko für alle – auch für die gefährdeten Personengruppen. Wir wissen, dass alle Populationen schließlich eine Herdenimmunität erreichen – d.h. den Punkt, an dem die Rate der Neuinfektionen stabil ist. Dies kann durch einen Impfstoff unterstützt werden, ist aber nicht davon abhängig. Unser Ziel sollte daher sein, die Mortalität und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir eine Herdenimmunität erreichen. Der einfühlsamste Ansatz, bei dem Risiko und Nutzen des Erreichens einer Herdenimmunität gegeneinander abgewogen werden, besteht darin, denjenigen, die ein minimales Sterberisiko haben, ein normales Leben zu ermöglichen, damit sie durch natürliche Infektion eine Immunität gegen das Virus aufbauen können, während diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, besser geschützt werden. Wir nennen dies gezielten Schutz.“<sup>37</sup> (Great Barrington Declaration)*

# Ein starkes Immunsystem

**Wir können viel für unsere Gesundheit tun, indem wir unser Immunsystem stärken.**

## **z.B. durch ...**

- ... Gesunde Ernährung (viel Obst und Gemüse)
- ... Sport & Bewegung,
- ... viel frische Luft
- ... ausreichend Schlaf
- ... genug Vitamin C, Zink und Vitamin D<sub>3</sub>
- ... Sauna und Wechselduschen etc.
- ... Möglichst viele positive Emotionen

## **Außerdem sollten wir Schädliches vermeiden:**

- Zigaretten und Drogen
- Übergewicht
- zu viel Alkohol
- zu viel Zucker
- zu viel Fett und Fleisch

## **Auch eine gesunde Psyche ist wichtig für einen gesunden Körper.**

### **Versuchen Sie ...**

- ... Dankbarkeit und Freude in ihrem Leben zu kultivieren.
- ... Stress und negative Gefühle abzubauen.
- ... Ängste, Sorgen, Zorn und Unvergebenheit möglichst zu vermeiden.
- ... auf das „grüne Licht“ in ihrem Gewissen zu achten und
- ... den inneren Frieden zu bewahren. Glaube und Gebet können dabei helfen.

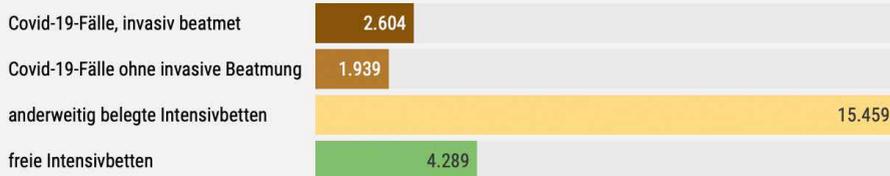
# **APPENDIX**

## **Zahlen, Daten, Fakten**

# Intensivstationen überfüllt?

## Die Lage auf den Intensivstationen

Belegung von Intensivbetten in rund 1300 Akutkrankenhäusern in Deutschland



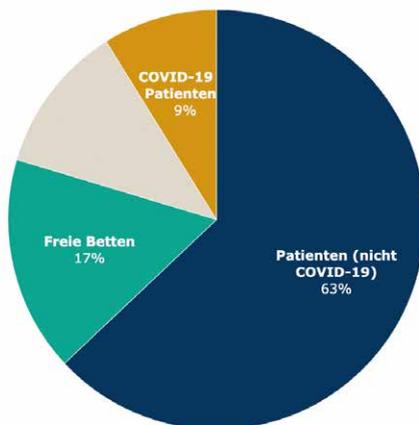
Stand: 13.12.2020

Quelle: [DIVI Intensiv-Register](#)

Spektrum.de

## So sind die Intensivstationen in Deutschland derzeit ausgelastet

- Patienten (nicht COVID-19) (63%)
- Freie Betten (17%)
- COVID-19 Patienten (invasiv beatmet) (12%)
- COVID-19 Patienten (9%)

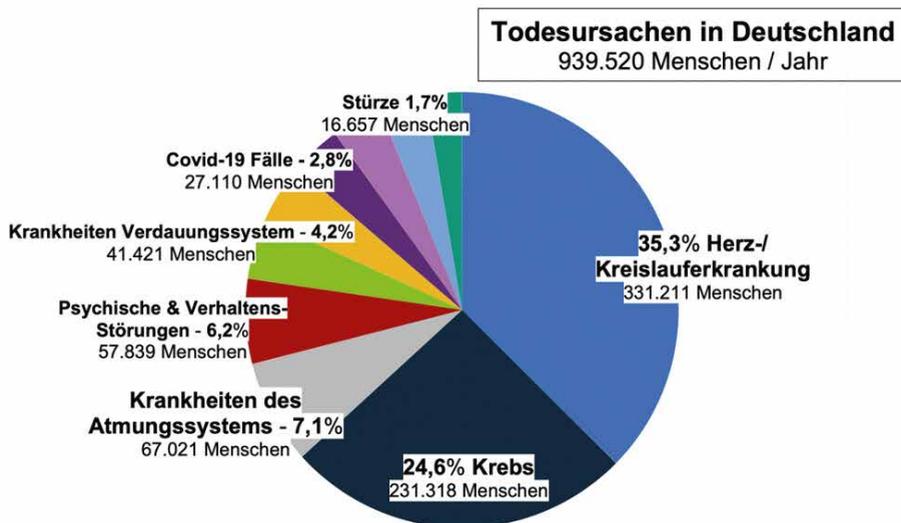


Stand: 7. Januar 2021, 12:15Uhr

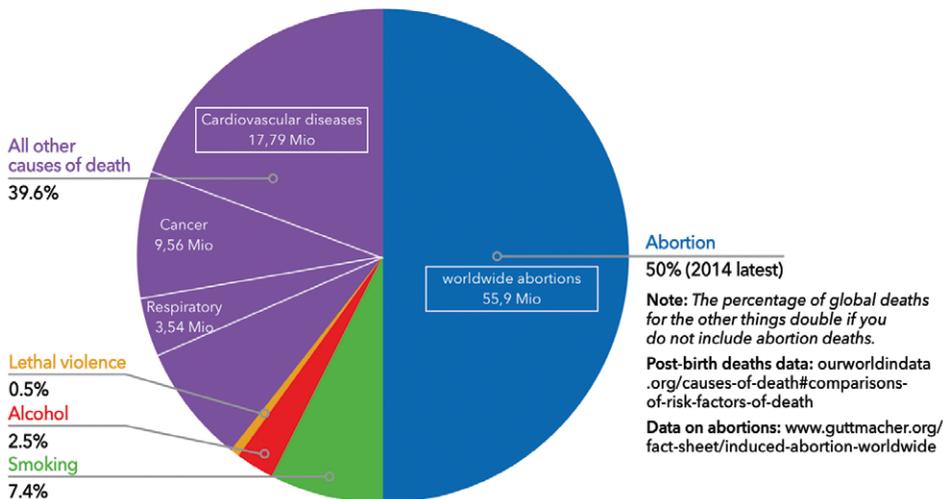
Grafik: Quarks • Quelle: DIVI-Intensivregister • [Daten herunterladen](#)

# Sterblichkeit & Todesursachen

In Deutschland sterben an jedem Tag ca. 2600 Menschen.



## Global Deaths in 2017



# Gute Nachrichten vom RKI

Von allen gemeldeten COVID-19-Fällen entwickeln nur **1% schwerwiegende Symptome** wie eine Lungenentzündung.<sup>40</sup>

## Klinische Aspekte

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

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

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

Nur 5-7% aller klinisch erfassten COVID-19-Fälle wurden überhaupt so krank, dass sie ins Krankenhaus mussten.<sup>41</sup>

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

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

40) [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Dez\\_2020/2020-12-22-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-22-de.pdf?__blob=publicationFile)

41) [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Nov\\_2020/2020-11-10-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-10-de.pdf?__blob=publicationFile)

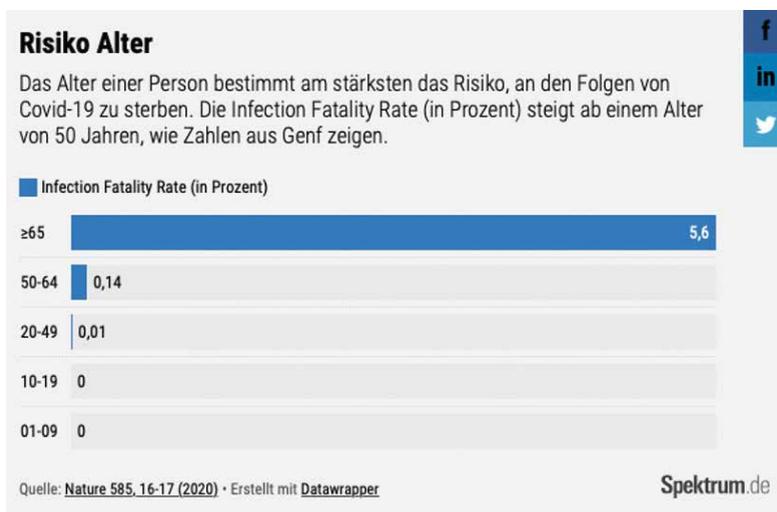
# Für Kinder ungefährlich

Tabelle 4: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Geschlecht (Angaben verfügbar für 16.612 Todesfälle; 01.12.2020, 0:00 Uhr).

Geschlecht	Altersgruppe (in Jahren)									
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
männlich	2	3	14	27	100	391	1044	2.357	3.929	1.221
weiblich	4	1	6	15	46	149	391	1189	3.525	2.198
gesamt	6*	4*	20	42	146	540	1435	3.546	7.454	3.419

\*Sieben der Fälle werden derzeit noch validiert.

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



Die Sterbezahlen sind mit anderen Grippewellen nicht mehr vergleichbar, da eine Infektionswelle vom Frühjahr 2020 mit der nächsten vom Winter 20/21 aufsummiert wird und einfach immer weiter gezählt wird, anstatt bei einer neuen Saison wieder bei Null anzufangen, so wie es bei der Grippe üblich ist.

# Die „Positivenquote“

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

## FALSCH-POSITIVE ERGEBNISSE

**Dabei muss man sich dann immer wieder klar machen:**

Je mehr symptomlose Menschen wir testen, desto höher wird die Fehlerquote.

Nehmen wir an, dass von 12'000 getesteten Personen nur 250 (ca. 2%) tatsächlich angesteckt sind. 11'750 sind virenfrei.

Falls die Test-Fehlerquote bei 1 Prozent liegt (In der Fachsprache: Spezifität von 99%), geben die Tests bei 118 der 11'750 virenfreien Personen fälschlicherweise ein positives Resultat an. Insgesamt zeigen die Tests also 368 positive Resultate an (250 richtig-positive und 118 falsch-positive).

Von den 368 positiven Testergebnissen, «Fälle» genannt, entpuppen sich also 118 oder ein Drittel als Testfehler. Mit anderen Worten: **Obwohl die Tests 99 Prozent der Gesunden korrekt als virusfrei erkennen, ist jedes dritte der positiven Resultate falsch.**

In diesem Fall, wo es nur wenige Infizierte gibt, werden also ein Drittel zu viele Corona-Fälle publiziert. Doch sämtliche 368 positiv Getesteten müssen in eine Quarantäne. Auch die Kontakte der letzten Tage der falsch-positiv Getesteten werden erfasst und lösen ein Tracing mit weiteren Tests an symptomfreien Personen aus. Die tägliche Testspirale mit vielen falsch-positiven Resultaten dreht sich damit weiter.

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

In den Medien wurde berichtet, dass die Anzahl der positiven Testergebnisse in der KW 12 (ab 16. März) dramatisch angestiegen sei, nämlich auf 23.820 , während in der 11. Kalenderwoche (ab 9. März) gerade mal 7.600 „positiv“ waren. Damit erweckte man den Eindruck, die Zahlen hätten sich innerhalb einer Woche verdreifacht.<sup>42</sup> Dabei wurde verschwiegen, dass auch die Anzahl der Tests zeitgleich fast verdreifacht wurde. Die Tabelle vom RKI zeigt anhand der „Positivenquote“, wie gering der reale Anstieg der Fallzahlen war:

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

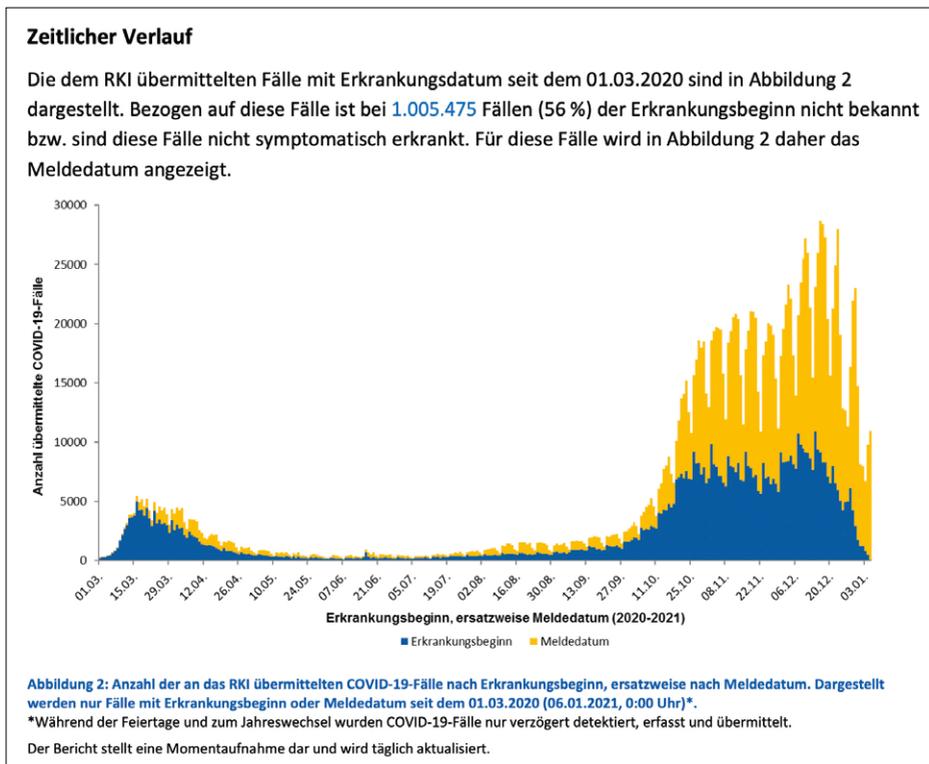
Wenn man sich die „Positivenquote“ anschaut, stellt man fest, dass es von KW 11 zu KW 12 nur ein minimales Wachstum von 5,95% auf 6,38% gab. Die Lage war also damals völlig entspannt. Der Anstieg der Fallzahlen immer moderat. Insgesamt lag die höchste „Positivenquote“ im Dezember 2020 bei 12%. **Ein exponentielles Wachstum hat es in Deutschland nie gegeben!**

Wenn von einem dramatischen Anstieg der positiven Testergebnisse berichtet, dabei aber verschwiegen wird, dass parallel die Anzahl der Tests vervielfacht wurde, muss man schon von einer bewussten Irreführung sprechen. Prof. Matthias Schrappe meint dazu in einem Interview mit dem ZDF, die Zahlen hätten „keine Basis“ und seien „das Papier nicht wert, auf dem sie geschrieben sind“<sup>43</sup>

42) Christof Kuhbandner (Psychologieprofessor und Lehrstuhlinhaber an der der Universität Regensburg) hat darauf bereits im April auf heise.de deutlich hingewiesen. <https://www.heise.de/tp/features/Die-UEberschaetzung-des-tatsaechlichen-Anstiegs-der-Coronavirus-Neuinfektionen-4709977.html>

43) <https://www.zdf.de/nachrichten/zdfheute-live/videos/schrappe-corona-kritik-video-100.html>

Wider besseren Wissens zeigt das Robert-Koch-Institut bis heute (Januar 2021) die Anzahl der Positiv-Getesteten – ohne diese Zahlen in irgendeiner Form mit der Anzahl der Testungen ins Verhältnis zu setzen.

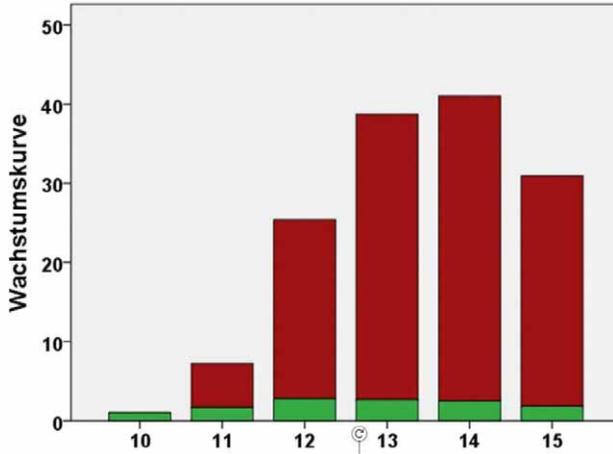


Mit dieser Grafik wird für die Zeit ab Oktober 2020 eine 4-fache, 5-fache und im Dezember sogar 6-fache Menge an gemeldeten COVID-Fällen (im Vergleich zum März) dargestellt. Dies suggeriert eine vielfach höhere Anzahl an Infektionen gegen Ende des Jahres.

Aber diese hat es so nie gegeben. Es wird in dieser Grafik nirgends erwähnt, dass die Anzahl der wöchentlichen Testungen auch ungefähr vervierfacht wurde - von 400.000 auf 1,6 Millionen Tests pro Woche. Damit ist die oben gezeigte Grafik mathematisch nicht korrekt und irreführend.

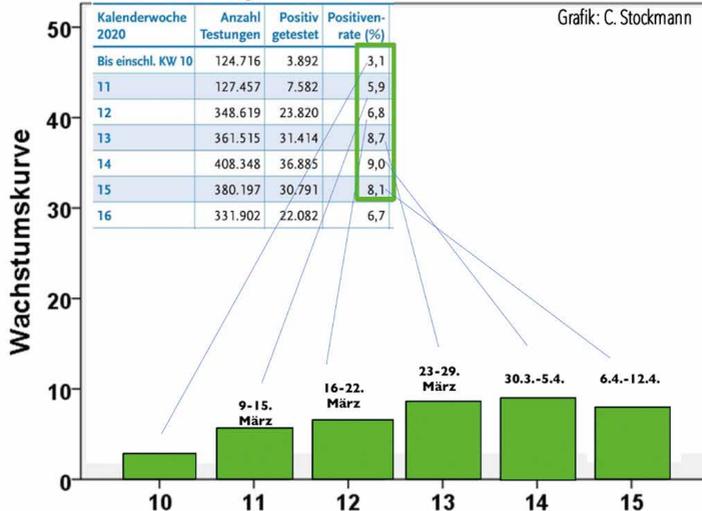
## ■ **Medial verzerrter Anstieg der Neuinfektionen** (März 2020)

■ Um die Erhöhung der Testanzahl korrigierte Wachstumskurve



## **Realer Anstieg der Neuinfektionen in Deutschland**

Grafik: C. Stockmann



# Schlusswort

Im März waren die Bilder von Intensivstationen, Beatmungsgeräten und Särgen allgegenwärtig in Zeitungen, Fernsehen und Internet. Schreckensbilder versetzten unser Unterbewusstsein in Angst und beeinflussten massiv unsere objektive Unterscheidungsfähigkeit und damit unsere Entscheidungen. Man nennt dies in der Psychologie auch den „Priming-Effekt“.<sup>44</sup>

Ein offizielles Papier aus dem Bundesinnenministerium bestätigt,<sup>45</sup> dass man genau nach diesem Konzept arbeitet (Zitat S.13: „...um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen“). Aber verantwortliche Leiter sollten eigentlich in Krisensituationen zum „Ruhe-bewahren“ ermutigen, um Panik und Kurzschlussreaktionen zu vermeiden.

Wer unter Schock steht, kann nicht mehr klar denken und hat keine Möglichkeit, eine Situation realistisch und sachlich einzuschätzen.

**„Demokratie lebt von geteiltem Wissen“<sup>46</sup>** und nicht von Einschüchterung und Kontrolle! Viele Menschen haben bis heute aufgrund von Todesangst alle Maßnahmen sehr bereitwillig mitgemacht, ohne genauer zu hinterfragen, ob diese Maßnahmen überhaupt geeignet, erforderlich und verhältnismäßig waren.

---

<sup>44</sup> [https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1615-634X-2004-1-30.pdf?download\\_full\\_pdf=1](https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1615-634X-2004-1-30.pdf?download_full_pdf=1)

<sup>45</sup> <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid19.html>

<sup>46</sup> Zitat: Angela Merkel – Fernsehansprache vom 18.03.2020

Die Wahrscheinlichkeit, eines Tages zu sterben, liegt statistisch gesehen bei 100%. Der Tod wird jeden von uns treffen – definitiv und unausweichlich. Wir empfehlen deshalb, nicht die Angst, sondern Glaube und Zuversicht zu ihrem persönlichen Berater zu machen! <sup>47</sup>

### Wenn Sie die Wahl hätten, was würden Sie tun?

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

Die meisten würden vermutlich **Variante 1** wählen.

**Allen Menschen ein lebenswertes, selbstbestimmtes Leben und ein würdevolles Sterben zu ermöglichen**, ist ein erstrebenswertes Ziel für eine Gesellschaft. Aber das Leben um jeden Preis verlängern zu wollen, kann verheerende Folgen haben. Es ist durchaus nützlich, Gesundheits-Risiken zu vermindern, Schutzvorkehrungen zu treffen und Hygienemaßnahmen zu empfehlen, um besonders Risiko-Gruppen zu schützen (z.B. Desinfektion und Masken im Eingangsbereich von Altersheimen und Krankenhäusern). Aber:

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

Denn die Würde des Menschen und die Freiheit der Person sind elementare Grundrechte, die wir niemals aufgeben dürfen!

***Wer bereit ist, Freiheit zu opfern, um Sicherheit zu gewinnen,  
verdient weder das eine noch das andere,  
und wird am Ende beides verlieren.*** <sup>48</sup>

*Benjamin Franklin*

<sup>47</sup> Dazu ist es sehr hilfreich, sich mit dem Neuen Testament und der Botschaft von JESUS Christus zu beschäftigen: „ICH bin der Weg, die Wahrheit und das Leben, niemand kommt zum Vater als nur durch mich!“ (Joh 14:6)

<sup>48</sup> Those who would give up essential Liberty, to purchase a little temporary Safety, deserve neither Liberty nor Safety. Reply to the Governor, Printed in Votes and Proceedings of the House of Representatives, 1755-1756 (Philadelphia, 1756), pp. 19-21. [November 11, 1755], <http://franklinpapers.org/framedVolumes.jsp?vol=6&page=238a>

# Das Leben bejahen

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

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

Das ist die große Frage, die Angela Merkel seit April 2020 mit der Aussage beantwortet: „Wenn der Impfstoff da ist“. Aber stimmt das wirklich? Wer geimpft ist, kann doch weiterhin infektiös sein und sogar andere anstecken! Außerdem ist nicht bekannt, ob und wie lange der Impfschutz vorhält. Und wir alle wissen, dass Viren immer wieder mutieren können. Deshalb gibt es jedes Jahr neue Arten von Infektions- und Erkältungswellen.

Wo soll das alles hinführen? Soll jeder am Ende in seiner eigenen Desinfektions-schleuse leben, abgeschottet vom Rest der Welt? Will man versuchen, einen Grippe-Virus auszurotten?

Wenn wir wirklich leben wollen, müssen wir auch bereit sein, Risiken einzugehen und Opfer zu bringen. Wie eine Mutter, die ein Kind zur Welt bringt und Schmerzen und Anstrengungen in Kauf nimmt.

Leben heißt vertrauen und lieben bedeutet auch leiden. Der Tod gehört letztlich zum Leben dazu! Aber wir dürfen lernen, uns täglich **gegen** die Angst und **für** das Leben, **gegen** die Sorge und **für** Vertrauen zu entscheiden.

PSALM 23  
**EIN GEBET VON DAVID**

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

# IMPRESSUM

ViSdP:  
Mandelzweig e.V.  
Seestr. 101 – 13353 Berlin  
[www.mandelzweig.org](http://www.mandelzweig.org)

Diese Informationsbroschüre wurde zusammengestellt von engagierten Bürgern, Fachleuten und Medizinern. Wir möchten uns bei all denen bedanken, die geholfen haben, diese Broschüre zu ermöglichen und zu verteilen!

Mit herzlichen Grüßen,  
Im Namen des Herausgeber Teams  
Christian Stockmann

„Unser Ziel sollte es sein, die Sterblichkeit und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir die Herdenimmunität erreichen.“ <sup>49</sup>

**Great Barrington Declaration**

„Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht.“ <sup>50</sup>

**Professor Klaus Püschel – Gerichtsmediziner aus Hamburg**

---

<sup>49</sup>) <https://gbdeclaration.org>

<sup>50</sup>) [https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-rechtsmediziner-ohne-vorerkrankung-ist-in-hamburg-an-covid-19-noch-keiner-gestorben\\_id\\_11865398.html](https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-rechtsmediziner-ohne-vorerkrankung-ist-in-hamburg-an-covid-19-noch-keiner-gestorben_id_11865398.html)

