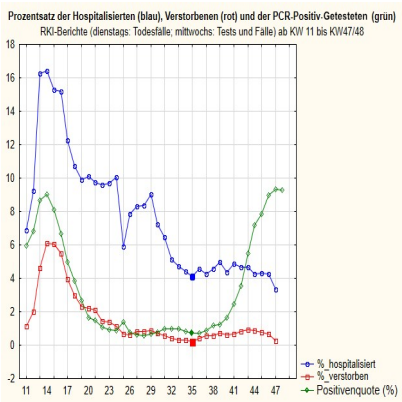

Corona-Krise: Das Stolpern geht weiter â?? Neue Einsichten, neue Bewegungen?

Description

Prolog

Ich will vorneweg ein paar Worte zu meiner Motivation sagen. Ich habe ursprÃ¼nglich im MÃ¤rz begonnen, die Corona-BeitrÃ¤ge zu schreiben, weil mich ganz einfach interessiert hat, wie sich diese Corona-Pandemie entwickelt. Daher habe ich die originalen Daten und die Forschungsliteratur verfolgt. Dabei fiel mir rasch auf, dass das schnell geronnene Mainstream-Narrativ vom Killervirus hÃ¶chstwahrscheinlich falsch ist. Ich dachte, es wÃ¤re nÃ¼tzlich, vor allem die andere Seite der Medaille zu prÃ¤sentieren, die Anlass zu Hoffnung und vielleicht auch zu revidierten EinschÃ¤tzungen gibt. Meine Erwartung war, dass solche Einsichten und Informationen zu den EntscheidungstrÃ¤gern vordringen.

Und im gleichen Sinne habe ich mein Schreiben weiterverfolgt: als AufklÃ¤rung und Dienst an der Allgemeinheit. Ich bekomme dafÃ¼r kein Geld. Ich habe damit auch keine politische Absicht auÃ?er der, dass hoffentlich etwas mehr Vernunft in die Debatte einkehrt. Ich gehÃ¶re auch keiner politischen Partei an, und wenn aus der Sicht mancher die â??falscheâ?? Partei Gebrauch von meinen Informationen macht, so ist das fÃ¼r mich kein Grund, meine Informationen nicht zur VerfÃ¼gung zu stellen. Es gibt in jeder Gemeinschaft WirrkÃ¶pfe und solche, die ihre Lektion aus der Geschichte nicht gelernt haben und revanchistische Politik verfolgen. Das halte ich fÃ¼r komplett verfehlt. Abgesehen davon gibt es jedoch in einer Demokratie unter den erlaubten Parteien keine â??falschenâ?? Parteien, sondern hÃ¶chstens welche, die uns nicht so gut gefallen.

Ich bin froh, wenn Ã¼berhaupt wer auf meine Informationen aufmerksam wird. Denn ich finde, die Essenz von Politik und Wissenschaft ist ein sozialer Prozess der Meinungsbildung und Konsensfindung. In der Politik hat er das Ziel des Handelns, in der Wissenschaft ist Erkenntnisgewinn das Ziel. Der wissenschaftliche Meinungsbildungsprozess ist enorm komplex, verschlungen und oft mÃ¤andernd. Er geht voran und zurÃ¼ck, scheinbar klare Erkenntnisse werden oft wieder verworfen. So auch hier: Was anscheinend so sicher war â?? die pandemische Bedrohung durch ein Killervirus â?? ist bei genauerem Hinsehen alles andere als klar.

Die Ã¶ffentliche Meinung, die Medien und die Politik haben sich mittlerweile auf ein Mainstream-Narrativ verstÃ¤ndigt: Wir werden von einem Killervirus bedroht, daher muss man forsch handeln, EinschrÃ¤nkungen erlassen und in Kauf nehmen â?? und alle die das nicht gut finden sind Demokratiegegner, Faktenleugner und

Â© Prof. Harald Walach

Idioten. Ich halte dieses Narrativ in seiner Einfachheit fÃ¼r falsch und liefere daher auch immer wieder Informationen, die ihm widersprechen.

Das tue ich nicht, weil ich Freude am Dissens habe, obwohl es durchaus stimmt, dass ich ihn nicht scheue. Denn das ist schon lange mein tÃ¤gliches Brot. Ich tue das, weil ich es fÃ¼r enorm wichtig halte, dass in einem demokratischen Entscheidungs- und wissenschaftlichen Erkenntnisprozess vor allem jene Seite in den Blick kommt, die einem nicht in den Kram passt. Nur so kommt man weiter. Wie sagen die Juristen: audiatur et altera pars â?? auch die Gegenseite soll zu Wort kommen. Ich habe es mir mehr oder weniger zur Aufgabe gemacht, dieser Gegenseite Stimme zu verleihen â?? und zwar einfach deswegen, weil es die, die es tun sollten â?? das RKI, die Berater der Regierung, die Kollegen von der Leopoldina und den Fachgesellschaften â?? nicht, oder zu wenig tun. Ich finde es beschÃ¤mend, dass der Disput auf der StraÃ?e ausgetragen werden muss, weil unsere Parlamentarier und die Regierung offenkundig nicht gut genug informiert sind.

Ich war gestern im Petitionsausschuss des Bundestages, um Herrn Tolzin zu unterstÃ¼tzen, der eine Petition eingebracht hat, der Bundestag mÃ¶ge ein paritÃ¤tisch besetztes neutrales Beratergremium zur Corona-Pandemie installieren. Die Bundesregierung war vertreten durch den per Video zugeschalteten StaatssekretÃ¤r Dr. Gebhardt. Der hat gesagt, die Regierung lasse sich sehr wohl durch Fachleute mit unterschiedlichen Meinungen beraten. Das kann ich nicht erkennen. Herr Prof. Hockertz und ich haben Herrn Dr. Gebhardt und allen anderen StaatssekretÃ¤ren im Gesundheits- und Innenministerium am 9.5. einen Brief geschickt, in dem wir auf die Divergenz der Daten und Wahrnehmungen hingewiesen haben. Wir haben geschrieben, dass die Pandemie wesentlich weniger gefÃ¤hrlich sei als erwartet, dass die InfektiositÃ¤t und die MortalitÃ¤t geringer ausfÃ¤llt als erwartet und dass die Politik durch Modelle informiert sei, die mittlerweile nachgewiesenermaÃ?en von falschen Annahmen ausgehen. Wir haben nicht einmal eine Antwort erhalten, und es war auch nicht erkennbar, dass unsere Informationen und EinwÃ¤nde auch nur ansatzweise berÃ¼cksichtigt worden sind.

Die LetalitÃ¤t der ersten Covid-19 Welle und die Schwere-EinschÃ¤tzung durch das RKI

Lagen wir damals falsch? Hier ist eine Studie, die das RKI am Freitag publiziert hat [1]. Das RKI spricht selber von einer moderaten Welle. Die meisten Menschen, nÃ¤mlich 80%, waren nur mild betroffen 5,6% der als infiziert Registrierten sind verstorben. Von diesen waren 62% Ã¼ber 80. Junge Leute und Kinder sind kaum gestorben. Die MortalitÃ¤t betrÃ¤gt etwa 10 Personen auf 100.000 Einwohner. Das ist halb so viel, wie bei der letzten groÃ?en Grippewelle. Die Euromomo-Auswertung der GrippemortalitÃ¤t in Europa kommt fÃ¼r die letzte Grippewelle 2017/18 auf 24 Tote pro 100.000 Einwohner, die Jahre davor waren es 21, 19, 18, 17, 14.[2] Dazu muss man sagen: Deutschland ist in dieser Analyse nur mit Berlin und Hessen vertreten. Das RKI sprach seinerzeit von etwa 25.000 ExzesstodesfÃ¤llen durch die Grippewelle in Deutschland; das wÃ¤ren etwa 30 Tote pro 100.000 Einwohner. Nie waren es â??nurâ?? 10 auf 100.000 Einwohner, wie bei der ersten Covid-19 Welle. Ich frage: wo genau ist hier nun die epidemische Bedrohung von nationaler Tragweite? Jetzt scheinen wir uns gerade dieser Zahl von 20/100.000 anzunÃ¤hern, aber es gibt aus meiner Sicht keinen Grund, solche Panik vor Sars-CoV-2 zu verbreiten, wie das derzeit getan wird.

Wirken die â??MaÃ?nahmenâ???

Vor allem die Medien, aber auch viele Politiker weisen dann darauf hin, dass das nur so moderat war, weil wir schnell und entschieden reagiert haben: SchulschlieÃ?ungen, Restaurant-, Theater-, KinoschlieÃ?ungen, etc. Sonst wÃ¤re es noch viel schlimmer gekommen, heiÃ?t es dann. Ich habe schon Ã¶fter darauf hingewiesen, dass dies hÃ¶chstwahrscheinlich ein Trugschluss ist, der sich nicht mit Daten belegen lÃ¤sst. Dazu gibt es nun eine neue, gewichtige Studie, die letzte Woche publiziert wurde [3]. Sie ist gewichtig, weil sie die Todesraten an Covid-19 aus 180 LÃ¤ndern weltweit verwendet hat, um herauszufinden, was nun eigentlich die VariabilitÃ¤t innerhalb der LÃ¤nder erklÃ¤rt. Sie verrechneten geographische Kennzahlen, etwa den UV-Index, der ein

Â© Prof. Harald Walach

indirekter Kennwert fÃ¼r die VerfÃ¼gbarkeit von Vitamin D ist, Daten zum Lebensstil bzw. zum Gesundheitszustand der BevÃ¶lkerung, zur Altersstruktur und vieles andere mehr. Unter anderen verrechneten sie auch die politischen MaÃ?nahmen als mÃ¶gliche Einflussfaktoren, die sie dem Oxford Tracker entnahmen, wo sie nÃ¤mlich sehr sorgfÃ¤ltig gelistet werden. Es ist eigentlich nicht verwunderlich zu lesen: Die politischen MaÃ?nahmen, die ja sehr vielfÃ¤ltig und sehr unterschiedlich waren, erklÃ¤ren die VariabilitÃ¤t der MortalitÃ¤tsraten Ã¼ber die LÃ¤nder hinweg *nicht*.

Genauer gesagt: *Sie spielen keine Rolle*. Was eine Rolle spielt, sind geographische Faktoren: wie weit ein Land nÃ¶rdlich oder sÃ¼dlich liegt, also wie hoch der UV-Index ist und damit wie hoch die natÃ¼rliche VerfÃ¼gbarkeit von Vitamin D. Was noch eine Rolle spielt, ist die Altersstruktur: Je mehr Ã¤ltere Menschen in einem Land sind, umso hÃ¶her die Todesraten. Und der Gesundheitszustand â?? je nachdem, wie viele Ã?bergewichtige es gibt, wie hoch die Lebenserwartung angestiegen ist, wie viele Tote durch Krebs und Herzkreislaufkrankheiten in einem Land sind, wie hoch das Bruttosozialprodukt, also der allgemeine Wohlstand ist, umso hÃ¶her ist die Todesrate.

Diese Studie ist sehr sorgfÃ¤ltig und durch die groÃ?e Abdeckung von 180 LÃ¤ndern mit sehr vielen verschiedenen politischen AnnÃ¤herungsweisen kann kaum noch irgendwer behaupten, dass die politischen MaÃ?nahmen einen Einfluss auf den Infektionsverlauf nehmen wÃ¼rden. Was offenbar entscheidend ist, sind Wirtsfaktoren. Wir tÃ¤ten gut daran, dies ernst zu nehmen. Vermutlich wÃ¤re es billiger und effizienter die BevÃ¶lkerung darauf hinzuweisen, sich gut mit Vitamin D zu versorgen, statt zwanghaft irgendwelche schlecht belegten Regeln durchzusetzen.

Aber wir haben doch so viele FÃ¤lle! Die FragwÃ¼rdigkeit der PCR-Test-Strategie

Man kann ja verstehen, dass Menschen von der Politik Schutz erwarten. Und man kann auch verstehen, dass die Politik versucht, die Menschen zu schÃ¼tzen. Nur scheint es mir nicht hilfreich zu sein, mit Verweis auf â??FÃ¤lleâ?? Angst zu schÃ¼ren, um dann â??MaÃ?nahmenâ?? mit einiger politischer Akzeptanz erlassen zu kÃ¶nnen. Ich erinnere daran: Das RKI hat den ganzen Sommer Ã¼ber von â??steigenden Fallzahlenâ?? gesprochen, was immer nur steigende Testzahlen waren, was man daran sieht, dass den ganzen Sommer ab Ende Mai die prozentual positiven FÃ¤lle im 1%-Bereich lagen. Mittlerweile ist die Positivrate gestiegen, das hatte ich auch in den frÃ¼heren Blogs gezeigt. Ich habe meine bekannte Grafik angepasst: Die Prozent positiven FÃ¤lle liegen nun etwa um die 9% und haben offenbar den Gipfel erreicht. Ich habe die Anzahl der Testungen (blau, linke y-Achse) und den Prozentsatz der positiven Tests (rot, rechte y-Achse) bis zur Kalenderwoche 48, dem letzten derzeit verfÃ¼gbaren Datenpunkt abgebildet.

Â© Prof. Harald Walach

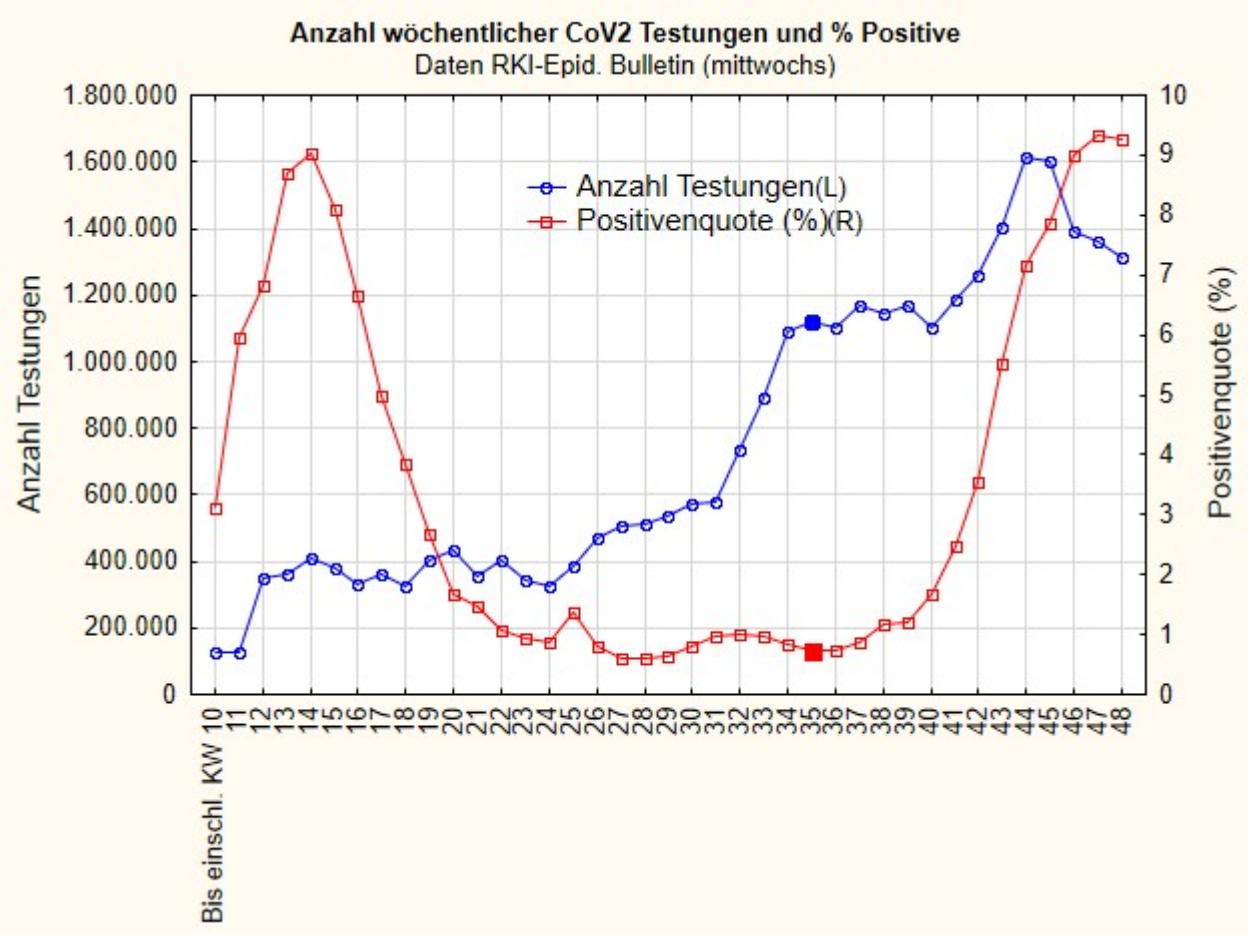

Abbildung 1 â?? Anzahl der CoV2-PCR-Testungen (blau, linke y-Achse) und Prozentsatz der positiv Getesteten (rot, rechte y-Achse) Quelle: RKI

Man erkennt, dass sich offenbar die Kurve abflacht, so Ã¤hnlich wie zu Beginn der Pandemie in der letzten MÃ¤rz-Woche.

Ich habe auch darauf hingewiesen, dass die verwendete Teststrategie alles andere als wissenschaftlich gesichert ist. Jefferson hat gezeigt, dass nur PCR-Tests die mit einer Zyklus-Schwelle von maximal 25 Zyklen arbeiten Ã¼berhaupt noch eine Infektion nachweisen [4]. Ich habe versucht herauszukriegen, wie hoch die Zyklenzahl in den deutschen Laboren ist und habe von Lesern Atteste mit einer Ct von 34 bekommen. Meine Nachfrage beim Referenzlabor von Herrn Drosten an der CharitÃ© blieb unbeantwortet. Ich vermute nach wie vor, es sind 35 Zyklen, die allgemein verwendet werden, was nach allem, was mir mittlerweile bekannt ist, allenfalls zum Nachweis von Genschnipseln dient, aber zu nichts sonst.

Auf diesem Hintergrund ist wichtig zu wissen: Eine Gruppe von 22 Wissenschaftlern aus der Schweiz, Deutschland, Ã?sterreich, Holland, England, den USA, Italien, Japan und Norwegen hat die Zeitschrift *Eurosurveillance* aufgefordert, die Publikation des PCR-Tests der Arbeitsgruppe von Drosten zurÃ¼ckzunehmen [5]. Technisch gesprochen: Sie haben eine â??retractionâ?? gefordert, was eine offizielle Annullierung einer Publikation ist und einem EingestÃ¤ndnis eines Fehlers gleichkommt.

Die Autoren sind Spezialisten. Sie haben den Begutachtungsprozess durchgefÃ¼hrt, der offenbar bei der Originalpublikation gefehlt hat [6]. Denn diese Originalpublikation wurde am 21. Januar eingereicht, am 22. Januar akzeptiert und am 23. Januar publiziert. Das spricht dafÃ¼r, dass die Arbeit ohne PrÃ¼fung publiziert wurde. Das ist bei einem derart heiklen und folgenschweren Thema brisant. Daher hat nun diese Autorengruppe die Arbeit geprÃ¼ft. Sie hat insgesamt, wie sie sagt, 10 schwerwiegende Fehler gefunden, neben einer Reihe

Â© Prof. Harald Walach

kleinerer Probleme. MÃ¶glicherweise lassen sich diese Probleme klÃ¤ren.

Aber allein die Tatsache, dass reihenweise Politik- und Public-Health-Entscheidungen auf derart schwankendem Fundament stehen, sollte allen zu denken geben. Die bezeichneten Fehler sind nicht nur kleine Komma-Fehler. Es handelt sich um schwerwiegende VersÃ¤umnisse, etwa dass keine Validierung vorgenommen wurde, dass ein genetischer Verwandter zur Konstruktion des Tests verwendet wurde und nicht etwa das Virus selber, dass nicht alle entscheidenden Genabschnitte des Virus gesucht werden, und eine Reihe technischer Details, etwa das VersÃ¤umnis eine gÃ¼ltige Schwelle fÃ¼r die Amplifikation von Material anzugeben. Kurzum: Die Autoren melden ernsthafte Zweifel an der GÃ¼ltigkeit des Tests und des Materials an, mit dem der Test arbeitet. MÃ¶glicherweise haben wir einfach Genschrott getestet oder Material anderer Viren, oder genetisches Material des Sars-CoV-2 Virus, nachdem er lÃ¤ngst verschwunden war? Keiner weiÃ? es. Denn:

Die Anzahl der FÃ¤lle und die Anzahl der TodesfÃ¤lle sind unkorreliert

Ich hatte das schon in meinen letzten Blogs geschrieben, dass die Anzahl der PCR-positiven FÃ¤lle und die TodesfÃ¤lle derer, die an oder mit CoV2 sterben nicht korreliert sind. Ich war damals selber neugierig, ob sich diese Korrelation noch einstellen wÃ¼rde. Sie hat sich bis jetzt nicht eingestellt, wie man der nÃ¤chsten Grafik entnehmen kann.

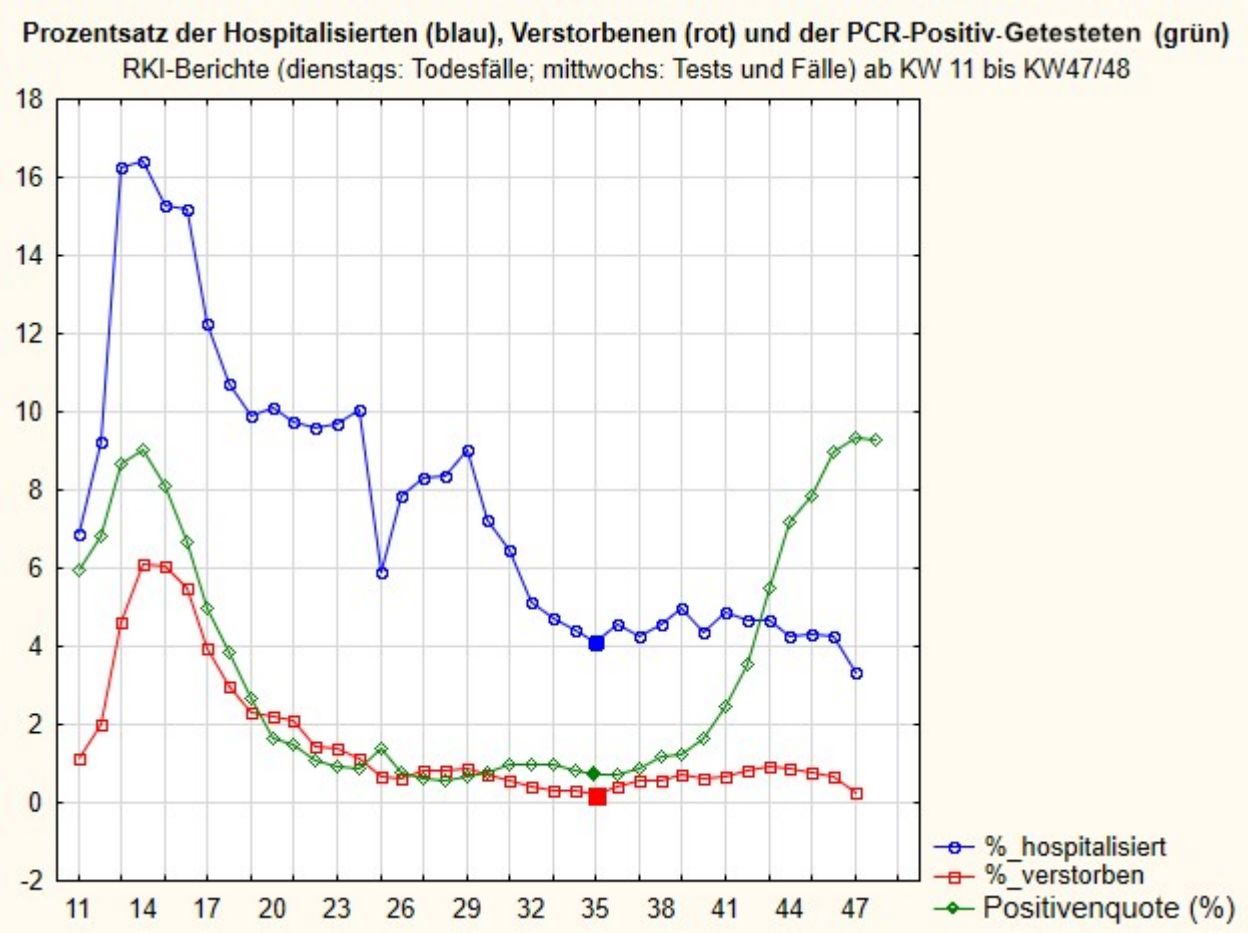

Abbildung 2 â?? Prozentsatz der Sars-CoV-2 PCR-positiv Getesteten (grÃ¼n), Prozentsatz der positiv Getesteten, die hospitalisiert wurden (blau), Prozentsatz der positiv Getesteten, die verstorben sind (rot) ab Kalenderwoche 11 bis 47 (Positivenquote bis KW 48; die anderen Daten sind noch nicht verfÃ¼gbar) Quelle: RKI

Â© Prof. Harald Walach

Es ist wichtig zu verstehen, dass das der Prozentsatz derer ist, die hospitalisiert und gestorben sind, standardisiert auf die Anzahl der positiv Getesteten. Das zeigt uns nÃ¤mlich, ob diese Daten in irgendeiner Form korreliert sind. Am Anfang waren sie das, wie man erkennen kann. Jetzt sind sie es nicht mehr. Warum? Vermutlich deswegen, weil die Infektion mit Sars-CoV-2 nicht der Grund fÃ¼r die Hospitalisierung und den Tod ist, aber sicher sagen kann man es nicht. Man sieht nur, dass die Kurven immer noch unkorreliert sind, also muss etwas anderes zu Tod und Hospitalisierung beitragen.

Man kann also â??steigende Fallzahlenâ??, also PCR-Positive, nicht gleichsetzen mit Covid-19-Kranken und daraus auch nicht unbedingt ableiten, dass diese Menschen ins Krankenhaus mÃ¼ssen oder sterben werden.

Dass man mit Blick auf die PCR-positiv Getesteten das Infektionsgeschehen Ã¼berschÃ¤tzt, sieht man auch, wie schon mal gezeigt, am RKI-Grippe-Sentinel. Dieses System ist reprÃ¤sentativ fÃ¼r die Republik. AllgemeinÃ¤rzte und andere Niedergelassene senden Material von Menschen mit grippeÃ¤hnlichen und Atemwegssymptomen in Labore. Es werden Grippe-Viren, aber auch Rhino-Viren und mittlerweile auch Sars-CoV-2 Viren getestet. Dieses System gibt einen guten Ã?berblick Ã¼ber das wahre Infektionsgeschehen. Dieses ist vergleichsweise harmlos. WÃ¤hrend ungefÃ¤hr 30-50% der Proben mit Rhino-Viren belastet sind, sind es gerade einmal zwischen 0 und 6%, die mit Sars-CoV-2 positiv getestet werden. Grippeviren kommen derzeit nicht vor.

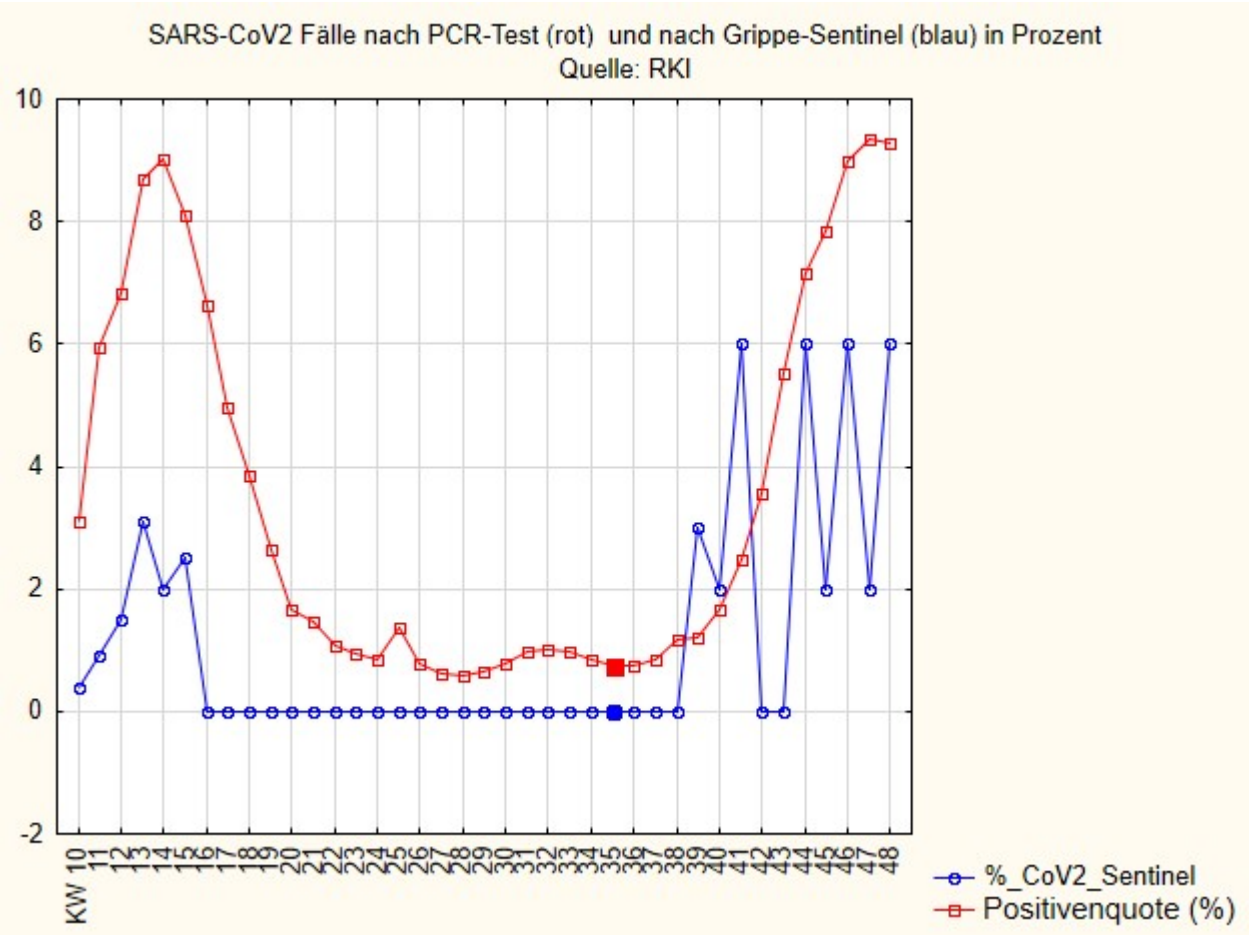

Abbildung 3 â?? Prozent-CoV2 Positive lt. PCR-Tests (rot) und lt. Grippe-Sentinel (blau). Quelle: RKI

Wir sehen, dass die Zahl der klinisch Kranken mit Sars-CoV-2 positivem Testergebnis (auch das dÃ¼rfte ein PCR-Test sein, aber bei Menschen, die wirklich Symptome haben) liegt mit einer Schwankung von 2% bis 6% in den letzten Wochen deutlich unter den 9% der Positivenquote aus der Fallsammlung des RKI. Wobei das

Â© Prof. Harald Walach

Grippesentinel wesentlich zuverlÃ¤ssiger ist, denn es liefert Daten von klinisch Symptomatischen und ist reprÃ¤sentativ. Wer sich die Landkarte der akuten respiratorischen Erkrankungen anschauen will: sie ist blau, also unbedenklich.

Wir sollten endlich ernst nehmen, was viele immer wieder gesagt haben:

Unser Immunsystem ist in der Regel stark genug, um mit diesem Erreger fertig zu werden. Ng und Kollegen fanden vor allem bei Kindern und anderen Uninfizierten breite KreuzimmunitÃ¤t gegen diesen Sars-CoV-2 Erreger, aufgrund der ImmunitÃ¤t gegen andere Coronaviren in bis zu 43% aller FÃ¤lle [7]. Das wÃ¤re es wert verbreitet zu werden, anstatt der Wiederholung der Impfmantras. Peter Doshi hat in einem lesenswerten Beitrag im British Medical Journal kÃ¼rzlich darauf hingewiesen, dass die derzeit laufenden Studien uns keine Aussage darÃ¼ber ermÃ¶glichen werden, ob diese Impfstoffe tatsÃ¤chlich harte Outcomes, TodesfÃ¤lle, KrankheitsfÃ¤lle, Intensivpflicht reduzieren [8]. Denn dazu sind sie nicht ausgelegt. Vielmehr haben wir die Lektionen Ã¼ber den Haufen geworfen, die wir durch die Contergan-AffÃ¤re gelernt haben.

Contergan war ein Beruhigungsmittel, das auch Schwangeren verschrieben wurde. Reihenweise Kinder kamen mit verkrÃ¼ppelten GliedmaÃ?en zur Welt, darÃ¼ber hinaus gab es eine unbekannte Zahl an Totgeburten. Das Medikament wurde von 1957 bis 1961 vertrieben, und vom Markt genommen, als 1961 der Zusammenhang zwischen MiÃ?bildungen und dem Medikament erkannt wurde. Infolge der massiven MÃ¤ngel bei der Medikamentenzulassung wurde in Westdeutschland das Bundesgesundheitsministerium eingerichtet.

Eine der Konsequenzen war, dass es keine Arzneimittel- und Impfzulassung mehr ohne ToxizitÃ¤tsprÃ¼fung und ohne ReproduktionstoxizitÃ¤tsprÃ¼fung geben sollte. Und genau diese PrÃ¼fung auf mÃ¶gliche SchÃ¤den bei der Reproduktion wird hier bei der Entwicklung der Corona-Impfstoffe u.a. weggelassen. Wie tÃ¶richt kann eigentlich eine Gesellschaft sein, dass sie eine solche Lektion schon nach 60 Jahren vergisst, alles, wegen eines vermeintlichen Killervirus?

16.000 Tote pro Jahr durch Krankenhauskeime in Deutschland

Ich habe neben dem fatalen Satz, die Pandemie sei vorÃ¼ber, wenn ein Impfstoff gefunden sei, viel zu oft die scheinheiligen Worte â??jeder Tote ist ein Toter zu vielâ?? gehÃ¶rt. Liebe Politiker: Wir haben in Deutschland allein jedes Jahr etwa 16.000 Tote, die wir auf antibiotika-resistente Krankenhauskeime zurÃ¼ckfÃ¼hren kÃ¶nnen [9]. Das sind doppelt so viele, wie in der ersten Covid-19-Welle an oder mit Sars-CoV-2 verstorben sind. Wir haben wegen dieser Pandemie unser Land kaltgestellt, viele Freiberufler an den Rand des Ruins oder in den Ruin getrieben, unsere Freiheitsrechte eingeschrÃ¤nkt und vieles andere mehr.

Die Misere mit den antibiotika-resistenten Keimen ist nicht neu. Ich habe dieses Thema wÃ¤hrend meiner Zeit am Institut fÃ¼r Krankenhaushygiene am Uniklinikum in Freiburg von 1999-2005 fast in jeder Besprechung wÃ¶chentlich gehÃ¶rt. Ich habe noch nie erlebt, dass deswegen ein nationaler Notstand ausgerufen worden wÃ¤re. Dass Menschen aufgefordert wurden, nicht ins Krankenhaus zu gehen, weil es dort echt gefÃ¤hrlich ist. Locker doppelt so gefÃ¤hrlich wie in der U-Bahn in Zeiten von Sars-CoV-2. Ich habe noch nie gehÃ¶rt, dass es eine Kampagne gegen unsinnige Desinfektion, Antibiotika-Missbrauch in der Allgemeinmedizin und in der Tiermast gegeben hÃ¤tte, auÃ?er ein paar Lippenbekenntnisse und Ausschussberichte.

Ich fÃ¼hre das deswegen an, um die Lage, in die uns diese Pandemie bringt, in Relation zu setzen. NatÃ¼rlich, resistente Keime in den Griff zu kriegen ist schwieriger als einem â??neuartigen Coronavirusâ?? den Kampf anzusagen. Aber diesen Kampf zu gewinnen ist vermutlich mindestens genauso schwierig, wie resistente Keime in den Griff zu kriegen. Wir kriegen nÃ¤mlich Erreger nie in den Griff, auÃ?er durch sehr geduldige StÃ¤rkung des Wirtes und durch Anpassung der Immunsysteme an Erreger, durch jahrzehntelange Hygiene und wohl

Â© Prof. Harald Walach

erwogene Public Health MaÃ?nahmen.

Nicht aber durch ein Hauruckverfahren der Impfentwicklung und allgemeine Maskenpflicht und Abstandsregeln. Wir kÃ¶nnen nur klug mit Erregern zusammenleben. Wir kÃ¶nnen unser Immunsystem stÃ¤rken, z.B. durch gute ErnÃ¤hrung, ausreichenden Schlaf, viel Sonnenlicht und wo es das nicht gibt durch Vitamin D, und vor allem viel zwischenmenschliche NÃ¤he und mÃ¶glichst Reduktion von Angst und Stress. Die â??MaÃ?nahmenâ?? helfen dazu leidlich wenig. Im Gegenteil, sie sind eher ein Nocebo, die das Problem zementieren.

Der Gegenstand der Diskussion im Petitionsausschuss war das Einrichten einer Expertenkommission, die die Sache neutral betrachtet und das Parlament berÃ¤t. Ich glaube, wenn man die Daten und die Situation wirklich etwas nÃ¼chterner, ohne Angst und mit Distanz betrachtet erkennt man, dass das wirklich nÃ¶tig ist. Denn wir haben vor allem eine Pandemie der Angst und der einseitigen Sicht auf die Dinge.

Quellen

1. Schilling J, Lehfeld A-S, Schumacher D, Diercke M, Buda S, Haas W, et al. Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemÃ¤Ã? Infektionsschutzgesetz. Journal of Health Monitoring. 2020;(S11):1â??20. doi: http://dx.doi.org/10.25646/7169.
2. Nielsen J, Vestergaard LS, Richter L, Schmid D, Bustos N, Asikainen T, et al. European all-cause excess and influenza-attributable mortality in the 2017/18 season: should the burden of influenza B be reconsidered? Clinical Microbiology and Infection. 2019;25(10):1266-76. Epub 2019/02/23. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2019.02.011. PubMed PMID: 30790685.
3. De Larochelambert Q, Marc A, Antero J, Le Bourg E, Toussaint J-F. Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation. Frontiers in Public Health. 2020;8(782). doi: 10.3389/fpubh.2020.604339.
4. Jefferson T, Spencer E, Brassey J, Heneghan C. Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment. Systematic review. medRxiv. 2020:2020.08.04.20167932. doi: http://dx.doi.org/10.1101/2020.08.04.20167932.
5. Borger P, Malhotra RK, Yeadon M, Craig C, McKernan K, Steger K, et al. External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results. Zenodo. 2020;4298004. doi: http://doi.org/10.5281/zenodo.4298004.
6. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Eurosurveillance. 2020;25(3):2000045. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.
7. Ng KW, Faulkner N, Cornish GH, Rosa A, Harvey R, Hussain S, et al. Preexisting and de novo humoral immunity to SARS-CoV-2 in humans. Science. 2020:eabe1107. doi: http://doi.org/10.1126/science.abe1107 .
8. Doshi P. Will covid-19 vaccines save lives? Current trials arenâ??t designed to tell us. BMJ. 2020;371:m4037. doi: http://doi.org/10.1136/bmj.m4037.
9. Zacher B, Haller S, Willrich N, Walter J, Abu Sin M, Cassini A, et al. Application of a new methodology and R package reveals a high burden of healthcare-associated infections (HAI) in Germany compared to the average in the European Union/European Economic Area, 2011 to 2012. Eurosurveillance. 2019;24(46):1900135. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.46.1900135.

Date Created

Â© Prof. Harald Walach

08.12.2020

Â© Prof. Harald Walach