

Getroffene Annahme, verwendetes Datenmaterial, Fazit und Lösungsansatz:

Die Corona Pandemie ist vorbei – der deutsche Weg aus der Pandemie

Begründung:

Gemeinsames Verständnis zur Datenlage:

Am 31. Dezember 2019 wurde die WHO über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in der chinesischen Stadt Wuhan informiert. Daraufhin identifizierten die chinesischen Behörden am 7. Januar 2020 als Ursache ein neuartiges **Coronavirus**, das vorläufig als „2019-nCoV“ bezeichnet wurde. Am 30. Januar 2020 erklärte Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO, den Ausbruch des neuartigen Coronavirus zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite, der höchsten Warnstufe der WHO. Zu diesem Zeitpunkt wurden in 18 Ländern außerhalb Chinas 98 Fälle und keine Todesfälle verzeichnet. Coronaviren (CoV) bilden eine große Familie von Viren, die Erkrankungen von einer normalen Erkältung bis zu schweren Krankheitsverläufen verursachen können. Ein neuartiges Coronavirus (nCoV) ist ein neuer Stamm des Virus, der bisher bei Menschen noch nicht identifiziert wurde. Das neue Virus erhielt später die Bezeichnung „COVID-19-Virus“. (Quelle: WHO Webseite <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>)

Ende Januar 2020 wurde *erstmalig in Deutschland* ein Mensch positiv auf das *Coronavirus* getestet.

Bei insgesamt 36 291 Todesbescheinigungen war im Jahr 2020 laut vorläufigen Daten der Todesursachenstatistik COVID-19 als Erkrankung vermerkt. In 30 136 Fällen war dies die Todesursache, in den anderen 6 155 Fällen war es eine Begleiterkrankung. (Quelle Statistisches Bundesamt https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_327_23211.html)

Laut dem Robert Koch-Institut (RKI) erreichte die Zahl der Influenza assoziierten Todesfälle in Deutschland in der Saison 2017/18 mit ca. 25.100 Grippetoten einen Höchststand. (Quelle Statista <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/405363/umfrage/influenza-assozierte-uebersterblichkeit-exzess-mortalitaet-in-deutschland/>)

Bevölkerung Deutschland 2020: 83,25 Millionen Bürger

Im Dezember 2020 hat die Phase I-A der nationalen Impfstrategie zur Bekämpfung der COVID-19 Pandemie begonnen. Diese zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass der Impfstoff nur in geringer Menge verfügbar ist und entsprechend der Priorisierungsempfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut („STIKO“) zunächst Risikopatienten und das medizinische Personal geimpft werden. Sobald es die vorhandenen Ressourcen zulassen, soll der Bevölkerung ein breitflächiges freiwilliges Impfangebot gemacht werden. (Quelle: Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, Ausarbeitung WD3 001/21 veröffentlicht auf der Webseite des deutschen Bundestages <https://www.bundestag.de/resource/blob/817546/f6116e700eff33433cb8123198852d11/WD-3-001-21-pdf-data.pdf>)

Zugelassene Impfstoffe:

Nach positiver Bewertung in Bezug auf Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) erteilte die Kommission eine bedingte Zulassung für bislang 4 Impfstoffe folgender Hersteller:

- BioNTech/Pfizer (am 21.12.2020)
- Moderna (am 6.1.2021)
- AstraZeneca (am 29.1.2021)
- Janssen Pharmaceutica NV (am 11.3.2021)

(Quelle: Webseite Europäische Kommission https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_de#corona-impfung-in-der-eu)

Folgende Impfstoffe werden derzeit von der EMA geprüft:

Die EMA hat mit fortlaufenden Überprüfungen von COVID-19-Impfstoffen begonnen, und zwar:

- am 3. Februar 2021 von Novavax
- am 12. Februar 2021 von CureVac AG
- am 4. März 2021 von Sputnik V
- am 4. Mai 2021 von (Vero Cell) Inactivated, entwickelt von Sinovac Life Sciences Co., Ltd.

Diese Überprüfungen laufen so lange, bis genügend Nachweise für einen förmlichen Zulassungsantrag vorliegen.

(Quelle: Webseite Europäische Kommission https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_de#corona-impfung-in-der-eu)

Mit folgenden Unternehmen hat die Kommission Verträge abgeschlossen:

Die Kommission verhandelt intensiv, um den EU-Bürgerinnen und -Bürgern ein diversifiziertes Portfolio an Impfstoffen zu erschwinglichen Preisen zur Verfügung stellen zu können. Bislang wurden Verträge mit AstraZeneca (400 Millionen Impfdosen), Sanofi-GSK (300 Millionen Dosen), Johnson and Johnson (400 Millionen Dosen), BioNTech-Pfizer (600 Millionen Dosen), CureVac (405 Millionen Dosen) und Moderna (460 Millionen Dosen) abgeschlossen. Die Kommission hat Sondierungsgespräche mit dem Pharmaunternehmen Novavax über den Ankauf von bis zu 200 Millionen Dosen und mit Valneva über den Ankauf von bis zu 60 Millionen Dosen abgeschlossen.

Damit hat sich die Kommission ein Portfolio von insgesamt mehr als 2,6 Milliarden Impfdosen gesichert. Die Kommission wollte von Anfang an ein möglichst vielfältiges Portfolio an Impfstoffen anlegen, die auf unterschiedlichen Technologien beruhen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass ein oder mehrere dieser Impfstoffkandidaten von der EMA zugelassen werden. Sollte sich herausstellen, dass alle Impfstoffkandidaten sicher und wirksam sind, können die Mitgliedstaaten einen Teil ihrer Dosen weniger wirtschaftsstarken Ländern spenden.

(Quelle: Webseite Europäische Kommission https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_de#corona-impfung-in-der-eu)

Die rasche weltweite Bereitstellung sicherer und wirksamer Impfstoffe gegen Covid-19 wird von entscheidender Bedeutung sein, um die Pandemie einzudämmen, die Gesundheitssysteme zu schützen, Leben zu retten und zur Wiederherstellung der Weltwirtschaft beizutragen... Wissenschaftler haben in Rekordzeit bemerkenswerte Arbeit geleistet. Jetzt müssen die Regierungen handeln. Die Versammlung unterstützt die Vision des Generalsekretärs der Vereinten Nationen, dass ein Covid-19-Impfstoff ein globales öffentliches Gut sein muss. Impfungen müssen für alle und überall verfügbar sein. Die Versammlung fordert die Mitgliedstaaten und die Europäische Union daher nachdrücklich auf, die in der Aussprache der Parlamentarischen Versammlung am 27. Januar 2021 vereinbarten Richtlinien der Resolution 2361 (2021) „Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations“, zu beachten.

7.1 in Bezug auf die Entwicklung von Covid-19-Impfstoffen, 7.2 bezüglich der Zuteilung von Covid-19-Impfstoffen, 7.3 in Bezug auf die Sicherstellung einer hohen Impfstoffaufnahme, 7.4 zur Covid-19-Impfung für Kinder, 7.5 in Bezug auf die Überwachung der Langzeitwirkungen von Covid-19-Impfstoffen und deren Sicherheit

(Quelle: Webseite Europäische Kommission <https://pace.coe.int/en/files/29004/html>)

Definition besonders schutzbedürftiger Personen (vulnerablen, Risikogruppen):

Eine personenbezogene Risiko-Einschätzung im Sinne einer (arbeits-) medizinischen Beurteilung findet sich im Dokument "Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten" (Seite 8) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Tabelle: Vorschlag einer kategorialen Einstufung beispielhafter Erkrankungen in der Einzelfallprüfung (nach Weiler), November 2020,

veröffentlicht in der Broschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“ Arbeitsmedizinische Empfehlung November 2020.

Quelle: Verlinkt von der RKI Webseite zur RKI Definition der Risikogruppen für schwere Verläufe (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=0048109D655136C77F89AFC10CB3AAD6.internet101?nn=13490888#doc13776792bodyText15)

Für meine persönliche Risikoeinschätzung zusätzlich zu Hilfe genommene Information:

QCovid Risk Assessment Calculator der University of Oxford. Das ist ein akademischer Referenzrechner der Universität Oxford. Welcher fast identische Risikobewertungsmerkmale wie es das RKI, zur Risiko-Einschätzung der vulnerablen Gruppen, verwendet. QCovid® ist ein evidenzbasiertes Modell, das eine Reihe von Faktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und bestehende Erkrankungen verwendet, um das Risiko eines Todes oder einer Krankenhauseinweisung durch COVID-19 vorherzusagen. Es liefert nuancierte Informationen über das Risiko einer schweren Erkrankung von Menschen aufgrund von COVID-19 und hat das Potenzial, Patienten und Ärzten zu einem gemeinsamen Risikoverständnis zu verhelfen.

(Quelle: University of Oxford <https://qcovid.org/>)

Fallsterblichkeit beim Coronavirus (COVID-19) nach Ländern 2021

Die Letalitätsrate des Coronavirus (SARS-CoV-2) ergibt sich aus dem Verhältnis der Todesfälle in Zusammenhang mit dem Virus zur Zahl der beendeten Coronainfektionen (geheilt oder verstorben). Sie variiert stark zwischen den betroffenen Ländern. So belief sich die Fallsterblichkeitsrate in Italien bis zum 27. September* auf rund 2,87 Prozent. In Deutschland hingegen lag die Letalitätsrate durchschnittlich bei rund 2,32 Prozent. Stand 1.10.2021

(Quelle: Statista Webseite

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/>)

Prozessbedingte Pannen in der realistischen und nachweisbaren Erfassung der COVID19 bedingten Todesfälle (an oder mit Corona). Siehe 41.589 Corona Todesfälle in 2020 (03-12/20) und 49.938 gemeldete Todesfälle lt. RKI Bekanntmachung „Todesfälle nach Sterbedatum EXCEL Datei“, Stand 30. September 2021.

(Quelle RKI https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html)

Entgegen der, um diesen Prozessfaktor bereinigten, vom Statistischen Bundesamt gemeldeten Corona Todesfälle in Höhe 30 136 für 2020. Für 2021 weist das Statistische Bundesamt für Sterbefallzahlen und Übersterblichkeit 24.851 Todesfälle aus, darunter COVID19 bestätigte Todesfälle in Höhe von 47.221. (Pressemitteilung Nr. 432 vom 14. September 2021 lt. Statistisches Bundesamt)

WIESBADEN – Nach einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) sind im August 2021 in Deutschland 76 248 Menschen gestorben. Diese Zahl liegt im Bereich des mittleren Wertes (Median) der Jahre 2017 bis 2020 für diesen Monat (+341 Fälle). Dies geht aus einer Sonderauswertung der vorläufigen Sterbefallzahlen hervor.... Ab März 2020 lassen sich die Zahlen nur vor dem Hintergrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie interpretieren. Neben der Vermeidung von COVID-19-Todesfällen können die Maßnahmen und Verhaltensänderungen auch dafür gesorgt haben, dass weniger Sterbefälle durch andere Infektionskrankheiten wie beispielsweise die Grippe verursacht werden, was sich ebenfalls auf den Vergleich mit Vorjahren auswirkt. Rückgänge oder Anstiege bei anderen Todesursachen können ebenfalls einen Effekt auf die gesamten Sterbefallzahlen haben. Über die Häufigkeit einzelner Todesursachen können die Sterbefallzahlen jedoch keine Auskunft geben.

(Quelle: Pressemitteilung der Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes vom 14. September 2021

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_432_12.html;jsessionid=A28587181AD157207BDAB8E338A295EC.live731?nn=209016)

Theoretische Annahme: **Die Pandemie ist vorbei, weil die gesundheitliche Bedrohung der Bevölkerung durch das neuartige COVID19 Virus unter Kontrolle gebracht wurde, im Kontext der ausreichenden Verfügbarkeit wirksamer COVID19 Impfstoffe. Bedrohungseinstufung: mittlere Grippe**

Corona Todesfälle 2020:	30.136	Corona Todesfälle 2021:	47.221
Influenza Todesfälle 2017/18:	25.100		

Gesamtzahl bestätigter Corona Todesfälle 2020 – 2021 (einschl. KW33/21) 77.357.

77.357 bestätigte Corona Todesfälle in Bezug auf die Gesamtbevölkerungszahl 2020 in Höhe von 83,25 Mio. Bürger, entspricht einer Sterblichkeitsquote von 0,09%.

Übersterblichkeit 2021 liegt im Bereich des mittleren Wertes (Median) der Jahre 2017 bis 2020.

Persönliche Risikobewertung über QCovid Risk Calculator. Ausgangslage: 53 Jahre alt, weiblich, Wohnort Europa, Body Mass Index 20,9, Sonstige Vorerkrankungen: Keine. Ergebnis:

Risiko von 0,004% an COVID19 zu sterben

Risiko von 0,0389% COVID19 bedingter Krankenhausaufenthalt

Persönliche Risikobewertung:

Zu 99,996% werde ich eine Infektion mit COVID19 überleben.

Zu 99,961% wird die Genesung bei mir asymptomatisch, oder mit einem leichteren Verlauf in Erscheinung treten, ohne die Notwendigkeit die Hilfe eines Krankenhauses in Anspruch nehmen zu müssen.

Vergleich zur Risikoeinschätzung des täglichen Lebens: Das jährliche Risiko, bei einem **Autounfall** zu sterben, liegt dort bei etwa 0,01 Prozent. Aufs Leben gerechnet liegt das Risiko bei 0,8 Prozent oder 1 in 120. Aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen ist also mit einem weitaus höheren Lebensrisiko behaftet.

Das neuartige COVID19 Virus, mit dem noch nie zuvor ein menschliches Immunsystem in Kontakt gekommen ist, war im Vergleich zu der schweren Grippe Epidemie Saison 2017/18, mit 5036 Todesfällen gefährlicher.

Die 20,06%ig erhöhte Gefährlichkeit zu einer schweren Grippe Epidemie erklärt sich mir, weil

- Neuer Virus
- Schnelle weltweite Verbreitung
- Gefährliche Bedrohung für die vulnerablen Gruppen, aufgrund eines schwächeren Immunsystems
- Zeitspanne von Planung und Implementierung bewährter Infektionsschutz relevanter Maßnahmen, wie z.B. AHA+L Regeln, Prozesse zur Infektionserkennung, Quarantäne, Verlangsamung der Verbreitungsrate (Lockdown), Ausgangssperren.
- Identifizierung der besonders gefährdeten Gruppen, z.B. Senioren- und Pflegeheime und Implementierung von Maßnahmen die dem besonderen Schutz der Schwachen dienen
- Planung und Implementierung von individuellen Hygienekonzepten, den privatrechtlichen, öffentlich-rechtlichen, familiären und privaten Infektionsschutz betreffen, z.B. Gastronomie, Friseur, Supermarkt, Baumarkt, Schulen, Kirchen.

- Trotz aller dieser schnellen Anpassungsmechanismen, konnten in vielen Fällen die besonderen Schutzmaßnahmen, für die besonders gefährdeten Personengruppen, nicht wirkungsvoll und zeitgerecht implementiert werden. Die Konsequenz daraus, waren furchtbar hohe Verluste in Senioren- und Pflegeeinrichtungen.
- Hohe Anpassungsfähigkeit der Bevölkerung im Umsetzen der konservativen Infektionsschutzmaßnahmen zum Schutz der Risikogruppen. Hohe gesellschaftliche Akzeptanz, da plausibel und angemessen. Mündige gesunde Bürger, verzichteten solidarisch auf ihre Freiheiten, für den Schutz der besonders Gefährdeten. Anteilnahme, Hilfsbereitschaft und Einigkeit prägt das Verhalten und Gefühl des Einzelnen, in einer unter Schock stehenden Gesellschaft.

Die Entwicklung der Sterblichkeit im Jahr 2020 lässt sich zudem nur vor dem Hintergrund der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie interpretieren. Neben der Vermeidung von COVID-19-Todesfällen können die Maßnahmen und Verhaltensänderungen auch dafür gesorgt haben, dass weniger Sterbefälle durch andere Infektionskrankheiten wie beispielsweise die Grippe verursacht wurden, was sich ebenfalls auf die hier betrachteten Maßzahlen auswirkt. Rückgänge oder Anstiege bei anderen Todesursachen können ebenfalls einen Effekt auf die Entwicklung der Lebenserwartung und der Sterbeziffern haben. Endgültige Ergebnisse der Todesursachenstatistik für das Jahr 2020 werden im August 2021 vorliegen. (lt. Pressemitteilung #331 vom 09. Juli 2021 Statistisches Bundesamt)

Kontrollierte Lage auf den Intensivstationen der Krankenhäuser. 18.549 IST-Betten gesamt belegt, 3.469 IST-Betten aktuell frei, Notfallreserve 10.492 IST-Betten, einsatzfähig bei Bedarf. Laut DIV Register Tagesreport vom 3.10.2021.

Jedem Bürger konnte ein Impfangebot mit einem derzeitig in Deutschland verwendeten COVID19 Impfstoffen gemacht werden.

Die Letalität des Coronavirus (SARS-CoV-2) liegt in Deutschland bei rund 2,32 Prozent. Das heißt für 2,32% der Bevölkerung kann eine Coronavirus Infektion tödlich sein, abhängig von den individuellen Risikofaktoren Personen. Das heißt 97,68% der Bevölkerung werden an der Infektion genesen und können eine natürliche Immunisierung erarbeiten.

Die Letalität beinhaltet die Gesamtzahl aller in Deutschland an COVID19 Verstorbenen, also auch die frühen Fälle ohne ausreichende Infektionsschutzmaßnahmen für die besonders gefährdeten Gruppen. Durch den Infektionsschutz mittels COVID19 Impfung können nun die Schwächeren vor einer gefährlichen Erkrankung geschützt werden und eine Immunreaktion aufbauen. Damit dürfte sich der Faktor der Letalität bezogen auf COVID19 mittelfristig erheblich verbessern.

Ebenso werden verbesserte Therapieansätze bei schweren Verläufen von SARS-COV 2 einen positiven Effekt auf die Letalität aufzeigen, z.B. neue sehr erfolgsversprechende Medikamente.

Eine in Infektionsschutzmaßnahmen und Hygienekonzepte trainierte Gesellschaft. Hohes Hygienebewusstsein in der Gesellschaft.

Fazit:

Mit einer aktuellen

- Übersterblichkeitsrate im mittleren Medianbereich der Vorjahre 2017-2020,
- kontrollierbaren Krankenhaussituation incl. der verfügbaren Intensivbettenversorgung von 3.469 freier Betten (plus Notfallreserve 10.492 an IST-Betten) lt. DIV Register
- Verfügbarkeit von bedingt zugelassenen COVID19 Impfstoffe zum Schutz der vulnerablen Gruppen
- dem einer mittleren Grippesaison entsprechenden Überlebensfähigkeit auch mit der COVID19 Delta Variante, mit einer 99.1% Wahrscheinlichkeit zur Erlangung einer natürlichen Immunreaktion
- Sich ständig verbesserten medizinischen Therapiemaßnahmen in den schweren Krankheitsverlaufsfällen
- Einer auf Hygienemaßnahmen hochsensibilisierten und trainierten Gesellschaft
- Schwindende Akzeptanz der Gesellschaft in die Plausibilität und Angemessenheit der staatlichen Infektionsschutzmaßnahmen seit Priorisierungsfreigabe der Impfstoffe (ab Mai 2021)
- Geändertes gesellschaftliches Verhalten in Bezug auf bewährte Infektionsschutzmaßnahmen, aufgrund einer staatlich kommunizieren überhöhten Erwartungshaltung an die COVID19 Impfstoffe

Lautet die Schlussfolgerung, dass die COVID19 Pandemie für Deutschland Stand Ende September 2021 unter Kontrolle gebracht ist und die medizinische Risikoeinstufung dem einer mittleren Grippe-Epidemie entspricht.

Der deutsche Weg aus der Pandemie – Empfehlung:

- Einheitliche und unmissverständliche staatliche Bürgerkommunikation über die in Deutschland unter Kontrolle gebrachte Bedrohungslage durch COVID19!
- Sofortige Einstellung, der von politischen Akteuren abgeleiteten rechtlichen Verordnungen, die in einem rechtlichen Zusammenhang mit dem persönlichen Impfstatus, in Geimpft – Genesen – Getestet – Ungeimpft, gebracht wurden!
- Sofortige Aufhebung der epidemischen Notlage von nationaler Tragweite!
- Vollständige Datenerhebung des tatsächlichen Bevölkerungs-Immunitätsstatus – Bevölkerungsanteil von: Dunkelziffer der asymptomatisch Genesenen + symptomatisch Genesenen + bestehende Impf-Immunreaktion (natürliche Immunisierung + Impfstoff Immunisierung) mittels zuverlässiger Tests, z.B. T-Zellen Test (Immungedächtnis für Antikörper) unter Einhaltung der für medizinische Datenschutzrelevanten Regelungen (Daten Entpersonalisierung).
- Angemessene und plausible staatliche Infektionsschutzempfehlungen an die Bevölkerung
- Freie Impfentscheidung, zurück in die Verantwortung des mündigen Bürgers. Hausärzte sollen wieder anhand von bewährten individuellen Patientenanamneseverfahren, ihren Patienten beratend bei der Impfentscheidung zur Seite stehen, unter der gewohnten ärztlichen Schweigepflicht (Vertrauensverhältnis Arzt – Patient).
- Vollständige Umsetzung der EU Resolution 2361 (2021) „Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations“
- Psychologische Auffangmaßnahmen zur gesellschaftlichen Heilung in Bezug auf die gesellschaftspolitische gefährliche Gesellschaftsspaltung in Geimpft/Ungeimpft! Ebenso müssen für die massenpsychologischen Effekte aufgrund freiheitseinschränkender vergangener Maßnahmen, wie z.B. Ausgangssperre, Lockdown, existenzieller Ängste, häuslicher Gewalt, Eltern-Überforderung während der Anpassung der Schulen, Homeoffice, ... den Bürgern staatliche Hilfskonzepte zur Verfügung gestellt werden.

Aufgrund meines Informationsverhaltens, sowie unter nüchterner Betrachtung der hier mit Quellangaben versehenen Datenlage, kann ich nicht zu einer anderen Situationsbewertung kommen. Und mit meiner persönlichen Risikoeinschätzung, dass ich mit einer 99,961%igen Wahrscheinlichkeit eine natürliche Immunreaktion mit leichteren Grippe-symptomen erreichen werde. Entscheide ich mich aktiv für eine natürliche Immunisierung und gegen eine COVID19 Impfung, da mir ein aktives und trainiertes Immunsystem den höchsten langfristigen Schutz gegen COVID19 und zukünftige Virusbelastungen bietet. Die gesellschaftliche Notwendigkeit für einen weiteren freiwillig geleisteten solidarischen Verzicht/Einschränkung meiner persönlichen Freiheitsrechte zum Schutz der vulnerablen Gruppen entfällt, aufgrund des staatlichen Angebots eines Immunisierungsschutzes mittels Impfung für jeden Bürger.

Diese Annahme wird durch folgende Informationen aus dem Bereich der medizinischen Forschung gestärkt:

Schwache Impfungen könnten gefährliche Mutationen fördern. "...Besonders die spezialisierten mRNA- und Vektor-Impfstoffe präsentieren dem Immunsystem nur wenige Proteine des Virus – in erster Linie das meist wildtypische Spike-Protein als Antigen...."

(<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2021/03/31/kann-impfen-resistenzen-foerdern>)

Neue Studie in der PNAS geht davon aus, dass die Beiträge der asymptomatischen Infektionen (Dunkelziffer der ungeimpft Genesenen) der Durchbruch für die Kontrolle von COVID-19 werden kann. Testroutinen müssten entsprechend angepasst werden (Immunreaktionstests)

(<https://www.pnas.org/content/118/9/e2019716118#abstract-2>)

"Du hattest COVID? Dann wird dein Körper wahrscheinlich ein Leben lang Antikörper herstellen" "A plasma cell is our life history, in terms of the pathogens we've been exposed to," says Ali Ellebedy, a B-cell immunologist at Washington University in St. Louis, Missouri, who led the study, published in Nature on 24 May.

(<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01442-9>)

Zum Zweck des Datenchecks, Plausibilitätscheck, Förderung von COVID19 Debatten und zur Information der Bevölkerung über die Gründe der Unentschlossenen sich doch persönlich gegen eine COVID19 Impfung zu entscheiden, leite ich dieses Dokument mit den dazugehörigen Informationen an die Presse weiter und werde es unter der Rubrik Neuigkeiten in der Petition gegen die Spaltung unserer Gesellschaft unter [openpetition.de/gegen-spaltung](https://www.openpetition.de/gegen-spaltung) (<https://www.openpetition.de/petition/online/aufhebung-aller-verfassungsrechtlichen-ungleichbehandlungen-von-ungeimpften-personen#petition-main>) veröffentlichen.

Für eine öffentliche Diskussion der hier getroffenen Annahmen stehe ich gerne persönlich zur Verfügung.

Ersteller

Gabriele Sakowski

04. Oktober 21