

Sehr geehrte Damen und Herren,

Als Arzt ist es mir wichtig, mich sowohl an die ärztliche Berufsordnung zu halten, als auch an das ärztliche Gelöbnis.

Als Arzt sehe ich nicht meine Aufgabe darin, staatliche Vorgaben umzusetzen, sondern mich zum Wohle meiner Patienten einzusetzen.

Genauso habe ich das bisher gehandhabt und habe auch vor, es in Zukunft so zu handhaben.

Ich informiere mich sehr ausführlich, aus öffentlich zugänglichen Quellen, sowie aus medizinischen Veröffentlichungen zum derzeitigen Sachstand, in Bezug auf die COVID-19 Erkrankung.

Die offiziellen Darstellungen und Maßnahmen der Regierung entsprechen nicht dem medizinischen Sachstand und ebenfalls nicht den medizinischen Fakten.

Die offiziellen Zahlen und Statistiken halten keiner epidemiologischen Prüfung stand, und sehr gerne führe ich Ihnen dies ausführlich aus.

Ich erlaube mir auch, mehrfach hierbei auf die ärztliche Berufsordnung und das ärztliche Gelöbnis hinzuweisen.

Der Sachstand zum Tragen einer Maske ist, dass es keinen nachgewiesenen Nutzen, in Bezug auf die Einschränkung der Infektionskrankheit, gibt.

Das Gegenteil ist der Fall: Seit Einführung der Maskenpflicht haben die Atemwegsinfekte deutlich zugenommen. Als Anlage finden Sie eine statistische Aufarbeitung der Sentinelproben des Robert-Koch-Instituts.

Hieraus geht eindeutig hervor, dass durch das Tragen der Masken, die Atemwegsinfekte zugenommen haben. Dies wird auch in Studien bestätigt.

Im Anhang finden Sie 47 Studien die belegen, dass ein Tragen der Masken keine Vorteile bringt, sowie Studien, die belegen, dass Menschen durch das Tragen von Masken gefährdet werden.

<http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php>

Im Folgenden nehme ich Bezug auf einzelne Punkte des ärztlichen Gelöbnisses, an das ich mich gebunden fühle. Ich habe keinen Amtseid auf die Regierung abgelegt.

WELTÄRZTEBUND DEKLARATION VON GENÈVE

verabschiedet von der

2. Generalversammlung des Weltärztebundes, Genf, Schweiz, September 1948

und revidiert von der

22. Generalversammlung des Weltärztebundes, Sydney, Australien, August 1968

und revidiert von der

35. Generalversammlung des Weltärztebundes, Venedig, Italien, Oktober 1983
und revidiert von der
46. Generalversammlung des Weltärztebundes, Stockholm, Schweden, September 1994
und sprachlich überarbeitet auf der
170. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2005 und auf der 173.
Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2006
und revidiert von der
68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika,
Oktober 2017

Das ärztliche Gelöbnis

Als Mitglied der ärztlichen Profession

gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Stellvertretend erlaube ich mir, zwei Artikel zu zitieren:

<https://www.welthungerhilfe.de/aktuelles/projektupdate/2020/corona-auswirkungen-fuer-die-aermsten-weltweit/>

„CORONA: VIELSCHICHTIGE KRISE FÜR DIE ÄRMSTEN

Die weltweite Covid-19-Pandemie hat viele Leben gekostet..

Gerade in den ärmsten Ländern werden dramatische Auswirkungen für die Bevölkerung ganz konkret spürbar: Tagelöhner haben keine Arbeit mehr, immer mehr Menschen hungern, die häusliche Gewalt steigt, und Mädchen werden früher verheiratet.

Wie Corona das Leben der Menschen in unseren Projektländern beeinflusst.“

<https://www.oxfam.de/presse/pressemitteilungen/2020-07-09-neue-hunger-epizentren-covid-19-mehr-menschen-koennten>

*Die weltweite Sterblichkeitsrate durch COVID-19 erreichte im April 2020, mit etwas mehr als 10.000 Todesfällen pro Tag, ihren höchsten registrierten Wert. Oxfams Bericht „The Hunger Virus“ zeigt, dass in diesem Jahr 121 Millionen Menschen, infolge der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie, wie Massenarbeitslosigkeit, Unterbrechung der Nahrungsmittelversorgung und rückläufigen Hilfgeldern, an den Rand des Verhungerns getrieben werden könnten. Während sich die Pandemie über die ganze Welt ausbreitete, schütteten die acht größten Nahrungsmittel- und Getränkeunternehmen ihren Aktionär*innen seit Januar über 18 Milliarden Dollar aus. Das ist zehnmal mehr als der Betrag, den die Vereinten Nationen benötigen, um Hunger zu bekämpfen.*

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Thema Impfung, sehr schön von einem Kollegen zusammengefasst:

<https://www.hausarzt-kenzingen.de/aktuelles/>

„Die Impfeffektivität wird mit 95% angegeben. (Sahin U, Muik, A, "COVID-19 vaccine BNT162b1 elicits human antibody and TH1 T cell responses." Nature. 2020;586(7830):594-9; Epidemiologisches Bulletin, 02/2021, 14.01.2021, digitale Vorabveröffentlichung und Pressemeldungen). Doch was bedeutet eine 95%-Impfeffektivität? Dies ist das relative Verhältnis der Covid-19-Fälle in den beiden Untersuchungsgruppen zueinander. In der Impfgruppe trat bei 8 von 17411 Probanden eine Erkrankung auf, in der Placebogruppe traten 162 Erkrankungen bei 17551 Probanden auf. Das entspricht einem prozentualen Auftreten von 0,046% in der Impfgruppe und 0,923% in der Placebo-Gruppe. Die absolute Impfeffektivität beträgt demnach 0,877%.

Allerdings wurden bei diesem Impfstoff auch Personen > 75 Jahren untersucht. Hier wird die Impfeffektivität mit 100% angegeben. Diese Zahl ist insbesondere auf meinen vorherigen Beitrag „Die Impfstrategie mit dem Gedankenfehler“ zu beachten! Es traten in dieser Impfgruppe keine Covid-19-Fälle bei 774 Probanden auf, somit liegt die Impfeffektivität bei 0%. Bei der Placebo-Gruppe traten 5 Covid-19-Fälle bei 785 Probanden auf. Somit liegt die Effektivität bei 0,637%. Das Robert-Koch-Institut schränkt die Aussage einer 100%igen Impfeffektivität allerdings etwas ein: „In der höchsten Altersgruppe (≥ 75 Jahre) ist daher eine Aussage über die Effektivität der Impfung mit hoher Unsicherheit behaftet.“ (Epidemiologisches Bulletin, 02/2021, 14.01.2021).

Wenn man nach den schweren Covid-19-Krankheitssymptomen schaut (definiert als COVID-19 plus Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien: klinische Anzeichen einer schweren Erkrankung, respiratorische Insuffizienz, Schock, akute renale, hepatische oder neurologische Dysfunktion; ITS-Aufnahme oder Tod), so trat in der Impfgruppe ein einziger Fall bei 21314 Probanden auf, was einem Prozentsatz von 0,005% entspricht. In dem Placebo-Arm traten 4 schwere Fälle bei 21259 Probanden auf, was einem prozentualen Auftreten von 0,019% entspricht. Das ergibt eine relative Impfeffektivität von 75% beim Schutz vor schweren Krankheitsverläufen, was allerdings statistisch nicht signifikant war. Der positive Effekt trat bei 3 verhinderten schweren Verläufen auf, und das in 21258 Fällen, das entspricht 0,014% Effektivität. Das bedeutet, dass nur ein schwerer Krankheitsfall bei 7086 geimpften Personen verhindert wird. Hochgerechnet auf eine Million geimpfter Personen werden demnach nur ganze 141 schwere Fälle vermieden. Dem gegenüber stehen vier schwere, sich direkt auf die Impfung beziehende, unerwünschte Ereignisse (Schulterverletzung; axilläre Lymphadenopathie; paroxysmale ventrikuläre Arrhythmie; Parästhesie des rechten Beins) auf 21621 Probanden. Das heißt, dass ein schweres unerwünschtes Ereignis bei 5405 geimpften Personen zu erwarten ist.. Wieder hochgerechnet auf eine Million geimpfter Personen würden dann 185 solch schwerer Ereignisse zu erwarten sein.. Die bisher noch nicht untersuchten unerwünschten Langzeitfolgen sind hierbei noch nicht einberechnet.

Eine Besonderheit stellt die Definition eines positiven Coronafalles in der Studie von BioNTech und Pfizer dar. Sie bestand aus einem positiven PCR-Abstrich und mindestens einem der folgenden Symptome, wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Anosmie, Halsschmerzen, Durchfall, Übelkeit und Erbrechen. Lag nur ein positiver Abstrich ohne Beschwerden vor, oder nur Beschwerden mit negativem Abstrich, galt der Patient als erfolgreich geimpft. Hier wurden die asymptomatischen Patienten nicht berücksichtigt. Man beachte, dass nach der offiziellen Zählweise des Robert-Koch-Institut der Coronapatienten lediglich ein positiver Abstrich notwendig ist!“

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren. Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Patienten, die meine Praxis besuchen, werden nicht dazu gezwungen, eine Maske zu tragen. Die Patienten haben die Möglichkeit, sich bei der Anmeldung zu diesem Thema schriftlich zu äußern und sich selbst von der Tragepflicht in den Praxisräumen zu befreien. Auch Patienten, die aus medizinischen oder sonstigen Gründen keine Maske tragen können, werden von mir selbstverständlich behandelt, und ihre Entscheidung wird respektiert. Jedem, der gerne eine Maske tragen möchte, steht es selbstverständlich ebenfalls zu, diese in meinen Räumen zu tragen.

Als Arzt ist es mir wichtig, meinem Patienten zu vertrauen, und ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis ist die Grundlage jeder ärztlichen Tätigkeit.

Viele Patienten bekommen beim Tragen einer Maske Angst oder Atemnot. Beides ist ein subjektives Gefühl, welches durch eine ärztliche Untersuchung nicht objektivierbar ist.

Wenn meine Patientin oder mein Patient diese Gründe persönlich oder per Telefon angeben, muss ich das so respektieren und ihm glauben.

Es steht mir nicht meine Patienten, i zu zwingen, eine Maske aufzuziehen, nur weil dies, aufgrund von politischen Maßnahmen, so gewünscht ist.

Ich habe die ärztliche Verpflichtung, mich, medizinisch sorgfältig, über Vor- und Nachteile des Maskengebrauches zu informieren, und dies tue ich regelmäßig.

Hierbei komme ich zu einer anderen Einschätzung als dies in den Gesetzen vorgegeben ist. Näheres dazu finden Sie auch in der ärztlichen Berufsordnung.

Wenn ich zu einer solch anderen Einschätzung komme, kann und werde ich potentiell gefährliche Maßnahmen nicht umsetzen. Dies schulde ich meinen Patienten und meinem Berufseid, sowie der Berufsordnung, der ich mich als Arzt verpflichtet fühle.

Tatsächlich findet sich keine Evidenz für das Tragen von Masken. Insofern weiß ich auch nicht, wie ich einem Patienten klarmachen soll, dass dieser aus rein politischen Gründen in der Praxis eines verantwortungsvollen Arztes eine Maske tragen soll, wenn es keine medizinisch belastbare oder wissenschaftlich belegbare Grundlage hierfür gibt.

Es zeigt sich zum Beispiel, dass die Sterberate proportional sogar noch in den Ländern steigt, in denen strenge Maßnahmen und auch Maskenpflicht bestehen. Dies ist statistisch mittlerweile eindeutig nachweisbar. Siehe Sterbestatistik im Vergleich

Mehrere meiner Patienten waren Missbrauchsopfer. Ihnen wurde der Mund zugehalten, während sie vergewaltigt wurden. Einigen unter ihnen wurde er sogar zugeklebt.

Diese Menschen haben Angst beim Tragen einer Maske. Ferner gibt es Menschen mit Geburtstrauma, bei denen sich eine ähnliche Situation ergibt. Ich werde diese verängstigten Menschen nicht zwingen, eine Maske zu tragen. Ich verweise auch hier noch einmal auf die fehlende medizinische Evidenz.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Nur weil ein Patient sich nicht an staatliche Vorgaben hält, ist dies kein Grund ihm eine ärztliche Behandlung zu verweigern. So wie dies in anderen Praxen mitunter geschieht.

Wir sind eine „diskriminierungsfreie Praxis“, und es steht jedem Patienten frei, unsere Praxis zu besuchen oder auch wieder zu verlassen, wenn er Bedenken hat bezüglich unseres Hygienekonzepts.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Dass wegen des Ausstellens von Attesten, bei mir und bei Kollegen, sensible Patientendaten beschlagnahmt werden, ist ein Verstoß gegen das ärztliche Gelöbnis, die Schweigepflicht, und es ist nach meiner Einschätzung reine staatliche Willkür.

Die ärztliche Schweigepflicht wird hier vom Staat und seinen Organen mit Füßen getreten, und dies ist nicht hinnehmbar.

Aktuell gibt es keine medizinische Evidenz für das Tragen von Masken (siehe Anhang). Daher wäre es ein Verstoß gegen das ärztliche Gelöbnis, wenn ich ein Attest gegen das Tragen derselben zum derzeitigen Zeitpunkt verweigern würde.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, in Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Gute medizinische Praxis ist es, sich über ein Krankheitsbild umfassend zu informieren. Dazu gehört auch, dass man seine Informationen nicht ausschließlich nur einer Quelle entnimmt, sondern insbesondere auch kritische Stimmen nach aktuellem Wissensstand würdigt.

Das Wesen der Wissenschaft heißt: Sicher Geglaubtes ständig zu hinterfragen.

Ferner ist es Grundlage der Wissenschaft, These und Antithese zu einer Synthese zusammen zu führen.

Ich muss leider feststellen, dass die meisten ärztlichen Kollegen dies offensichtlich vergessen haben und ihr Wissen ausschließlich aus dem Fernsehen beziehen.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Durch die Einhaltung des ärztlichen Gelöbnisses, ohne Rücksicht auf eventuelle persönliche Angriffe und Einschüchterungsversuche, tue ich genau dies besser als viele meiner Kollegen.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich habe großen Respekt vor den Kolleginnen und Kollegen, die, genau wie ich, keine staatlichen Parolen umsetzen, wie dies auch in totalitären Regimen der Fall ist, sondern sich eigenverantwortlich um ihr Wissen und die medizinische Kunst bemühen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Seit dem 14. März 2020 berichte ich regelmäßig in Podcasts und Videos über den aktuellen Wissensstand und über die gegensätzlichen Auffassungen in Bezug auf die COVID-19 Erkrankung und das Sars-CoV-2 Virus. Hiermit werde ich meiner Pflicht zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung gerecht.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau gewährleisten zu können.

Aus diesem Grund trage ich persönlich nur dann eine Maske, wenn ich es für medizinisch erforderlich halte oder es die hygienischen Vorgaben, z..B bei einem Eingriff, erfordern.

Ich vermeide das längere Tragen einer Maske und Sorge dafür, dass sie regelmäßig gewechselt wird.

Auch gilt das Gleiche für meine Mitarbeiter. Auch als Arbeitgeber muß ich eine Gefährdungsanalyse erstellen, sowie eine individuelle Prüfung bei jedem Mitarbeiter durchführen.

Aus Gründen der Arbeitssicherheit, bei fehlender Evidenz des Nutzens und nachweislich gesundheitsschädlicher Aspekte, habe ich daher in meinen Räumen keine generelle Maskenpflicht für das Personal angeordnet, da dies auch gegen BG - Richtlinien verstoßen würde.

Gerne können Sie mich hier bei einer Einzelfallprüfung unterstützen und eine Gefährdungsanalyse mit mir zusammen durchführen, sowie feststellen, welche Maske wie lange von welchem Mitarbeiter in welchem Raum getragen werden darf, und in welchem Abstand sie gewechselt werden muss, damit keine zusätzliche Gefährdungslage für mein Personal geschaffen wird. Selbstverständlich habe ich mich hinsichtlich dessen auch mit meinem Anwalt beraten, der sich sehr intensiv mit den berufsrechtlichen Regeln auseinandergesetzt hat.

Aus diesen Gründen werde ich auch keine experimentellen und unsinnigen Impfungen an mir oder meinem Personal unterstützen.

Ich werde meine Patienten auch darüber aufklären, dass das Risiko/Nutzen-Verhältnis von der COVID-19 Impfung mich dazu zwingt, ihnen von dieser Impfung abzuraten, da es sich hierbei nicht um einen erprobten Impfstoff handelt, und da es

auch in Bezug auf die vergleichsweise geringe Gefährlichkeit der Erkrankung keinen Grund gibt, ein Risiko für eines unübersehbaren Spätschadens einzugehen.

Als Chirurg weiß ich, dass es wichtig ist, umfassend aufzuklären, und dazu gehört insbesondere, die Risiken darzustellen, und nicht nur den Nutzen. Dies ist chirurgischer Standard.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Alle Repressalien und Einschüchterungsversuche, seitens der Regierung, der Gesundheitsämter, Ordnungsämter und der Ärztekammern, werden mich nicht daran hindern, verantwortungsvoll meiner Aufgabe, gemäß dieses Eids, nachzukommen.

Insbesondere wird in diesem Abschnitt auch auf die Menschenrechte und auf die bürgerlichen Freiheiten verwiesen.

Ich denke, es steht außer Diskussion, dass die Menschenrechte aktuell sehr stark eingeschränkt werden und die bürgerlichen Freiheiten quasi nicht mehr existieren.

Auch aus diesem Grund ist es meine Pflicht als Arzt, hier ein objektives Bild der Lage zu vermitteln und ebenfalls auch auf diese Missstände hinzuweisen.

Es ist mir in diesem Zusammenhang auch ein Rätsel, warum die Gesundheitsämter blind dem Staat folgen und nicht gegen die überzogenen und gefährlichen Massnahmen Sturm laufen, obwohl sie längst erkannt haben, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um eine tödlichere Pandemie, als die Grippe-Pandemien handelt; so, wie dies der hochgeschätzte Kollege Dr. Friedrich Pürner aus Bayern getan hat.

Unverändert steht der Nachweis des Sars-CoV-2 Virus, in Form eines Isolates, weiterhin international noch aus. Aktuell ist nicht einmal sicher ob es sich hierbei nicht um die Grippe handelt, denn es ist mehr als auffällig, dass quasi keine Grippefälle mehr existieren. Stattdessen haben wir nun eine Erkrankung mit denselben Symptomen zur selben Zeit und auch den selben Sterberaten, die jetzt einen neuen Namen trägt.

Aktuell ist das Infektionsschutzgesetz de jure nicht gültig, da keine Kranken nachgewiesen werden, sondern einzig und allein Inzidenzen, die laut Angabe des RKI in 70 % der Fälle als falsch-positiv zu werten sind.

https://rki-wiko.shinyapps.io/test_qual/

Wie viele von 10,000 Menschen sind tatsächlich mit dem Coronavirus infiziert? (Prävalenz)

Sensitivität: Bei wie viel % der Infizierten wird die Infektion erkannt?

Sensitivität (in %)

Spezifität: Bei wie viel % der Nicht-Infizierten wird die Infektion ausgeschlossen?

Spezifität (in %)

Berechnen!

Effektive Teststrategien stehen im Zentrum der Bekämpfung von SARS-CoV-2. Für den Virusnachweis werden eine Vielzahl von Antigen-Schnelltests angeboten. Diese basieren auf dem Nachweis von viralem Protein in Abstrichen aus den Atemwegen. Antigen-Schnelltest können schneller durchgeführt werden als PCR-Tests, mit denen standardmäßig getestet wird. Im Vergleich zu PCR erkennen diese Schnelltests jedoch sowohl infizierte Personen schlechter (niedrigere Sensitivität) als auch

Hinweise zur Nutzung des Tools

Die Berechnungen des Tools können für PCR Tests und für Antigentests genutzt werden. Der **PCR Test** gilt als Goldstandard mit einer Sensitivität und Spezifität von jeweils ca. 99,9%. Der **Antigentest** erreicht eine Sensitivität von 80% und eine Spezifität von 98%. Diese Werte hängen jedoch stark von weiteren Variablen ab (Testzeitpunkt; Basisrate bzw. Prävalenz der Infektionen innerhalb der Getesteten).

Tabellen **Baumdiagramm** Waffelplot

	Status	Test	Anzahl
1	infiziert	richtig positiv	80 aus 10 000 Getesteten
2	infiziert	falsch negativ	20 aus 10 000 Getesteten
3	nicht infiziert	richtig negativ	9702 aus 10 000 Getesteten
4	nicht infiziert	falsch positiv	198 aus 10 000 Getesteten

Kennzahlen

Positiver Vorhersagewert: Eine Person hat ein positives Testergebnis. Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich infiziert?

Negativer Vorhersagewert: Eine Person hat ein negatives Testergebnis. Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich nicht infiziert?

Kennzahl	Wert
1 Positiver Vorhersagewert	28.78 %
2 Negativer Vorhersagewert	99.79 %

Sowohl der positive Vorhersagewert als auch der negative Vorhersagewert sind jeweils auf zwei Nachkommastellen gerundet.

Krankheitsfälle im juristischen Sinn, sind aktuell nicht nachgewiesen. Somit sind alle Maßnahmen grob rechtswidrig.

Der PCR Test ist ferner nicht dafür geeignet, eine Viruserkrankung nachzuweisen, insbesondere kann er nicht zwischen toten und lebenden Viren unterscheiden. Er kann auch nicht zwischen einem Ausscheider und einer akuten Infektion unterscheiden.

Ferner sind Menschen ohne Symptome nicht ansteckend. Auch hier ergibt sich keine Evidenz für das Tragen von Masken.

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre. ***

Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf, autorisiert durch den Weltärztebund.

Ergänzend möchte ich Ihnen die ärztliche Berufsordnung nahebringen, die mir ebenfalls verbietet, die staatlichen Maßnahmen blind umzusetzen.

Es folgt ein Auszug aus der ärztlichen Berufsordnung:

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben des Arztes

(1)

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

Durch die COVID-19 Maßnahmen kommt es zu verstärkten Suiziden, Depressionen und psychiatrischen Erkrankungen. Viele Menschen leiden unter den Masken, und insbesondere alte Menschen und demenzkranke Menschen werden in Heimen eingesperrt, und man entzieht Ihnen die menschliche Nähe und Liebe.

Sterbende und besonders Pflegebedürftige, die ans Bett gefesselt sind, werden alleine gelassen und dürfen nicht mit ihren Angehörigen zusammen ihre letzten Lebensstunden verbringen.

Menschen werden, oft unter Zwang, einem regelrechten Experiment unterzogen, mit einer bislang nicht ausreichend erprobten Impfung, bei der Experten von deutlich mehr Spätschäden, Folgeschäden und Todesfällen ausgehen als durch die COVID-19 Erkrankung selbst. Hier werden gesunde Menschen durch eine Impfung krank. Dies belegen die ersten Zahlen und auch Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung.

Kinder werden durch das Tragen der Masken krank, ohne selbst an der Krankheitsausbreitung nachweisbar teilzuhaben oder krank zu werden-

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-020-01050-3>

Relevanz von SARS-CoV-2 in der ambulanten pädiatrischen Versorgung in Deutschland

<https://www.researchsquare.com/article/rs-124394/v1>

Corona children studies "Co-Ki": First results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children

(3) Ärzte nehmen ihre ärztlichen Aufgaben, über die unmittelbare Sorge um die Gesundheit von Patienten hinaus, auch wahr, wenn sie mit ihrem ärztlichen Fachwissen an der Förderung und Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Menschen, der Bevölkerung, der hierfür erforderlichen natürlichen und gesellschaftlichen Lebensgrundlagen oder des Gesundheitssystems mitwirken.

Seit dem 14. März 2020 berichte ich regelmäßig auf verschiedenen Plattformen über die verschiedenen Auslegungen der Zahlen.

Ich stelle, wie vom Evidenz-Netzwerk Medizin gefordert, Vergleichsgrößen zur Verfügung, und ich Sorge hiermit für ein objektives Bild der COVID-19 Erkrankung und deren Folgen.

Bei objektiver Betrachtung der Zahlen und der Kenngrößen, insbesondere unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung in den verschiedenen Altersgruppen, lässt sich nachweisen, dass es sich bei der COVID-19 Erkrankung nicht um eine gefährlichere Pandemie als die letzten Grippepandemien handelt.

Per Definition handelt es sich darüber hinaus um eine seltene Erkrankung.

Der wirtschaftliche Schaden und die allgemeinen Kollateralschäden, bis hin zum Suizid, liegen weitaus höher als die Opferzahlen der COVID-19 Erkrankung.

Dieses ärztliche Wissen stelle ich den Menschen zur Verfügung und handle hiermit gemäß der Berufsordnung.

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.**

Die ärztliche Berufsordnung verbietet mir ausdrücklich, dass ich Vorschriften und Anweisungen umsetze, die ich nicht verantworten kann.

Die Maskenpflicht hat keine medizinische Grundlage. Die Impfungen sind potentiell gefährlicher als ihr Nutzen. „Social Distancing“ führt zu vermehrten Suiziden, Depressionen und psychischen Erkrankungen. Kinder leiden nachweislich unter diesen Maßnahmen und werden geschädigt. Ich werde diese Anordnungen daher nicht ausführen.

Ich werde nicht an Menschenexperimenten teilnehmen, so wie die Covid-19 Impfung eines darstellt.

- (2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er hat dabei sein ärztliches Handeln am Wohl der Patienten auszurichten. Insbesondere darf er nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen.**

Begründung analog zu §2(1)

- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse.**

Seit dem 14. März 2020 informiere ich mich tagtäglich über neue Studien, aktuelle Zahlen und Entwicklungen in Bezug auf die COVID-19 Erkrankung.

Ich ziehe dabei nicht nur Presseagenturen heran, sondern recherchiere selbst in Datenbanken wie z.B. „Pubmed“.

Ich versuche, eine evidenzbasierte Meinung als Grundlage meiner Berichte zu erstellen.

Damit schütze ich mich und meine Patienten, sowie Mitarbeiter vor einer einseitigen Berichterstattung und habe eine bessere Chance, mir eine objektive, medizinisch fundierte Meinung zu bilden.

(4) Der Arzt darf, hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen, keine Weisungen von Nicht-Ärzten entgegennehmen.

Aktuell erleben wir, in einer nie gekannten Art und Weise, eine Einmischung von staatlichen Organen in die Berufsfreiheit und Eigenverantwortung des Arztes.

Ärzte, die gemäß des ärztlichen Gelöbnisses und der Berufsordnung handeln, werden kriminalisiert.

Ärzte die sich nicht selbst informieren und ohne medizinische Reflexion gesundheitsschädliche Maßnahmen für Ihre Patienten ergreifen, gehen aktuell straffrei aus.

Die Wahrheit wird sich durchsetzen, denn die Faktenlage zeigt eindeutig, dass es sich bei der COVID-19 Erkrankung um eine Atemwegserkrankung handelt, die in ihrer Gefährlichkeit maximal überschätzt wird.

Zusammenfassung:

Lebenserwartung in Deutschland 81 Jahre lt. Statistischem Bundesamt

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/inhalt.html>

Durchschnittliches Sterbealter Mit/an Covid-19: 84 Jahre lt. RKI

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-29-de.pdf?blob=publicationFile

20 Krankenhäuser in Deutschland wurden im Jahr 2020 geschlossen, darunter „Corona-Schwerpunktkrankenhäuser“. 50% der Arbeitsplätze im medizinischen Bereich gehen wahrscheinlich verloren. Daraus schlussfolgernd kann wohl kaum von einer Überlastung des Gesundheitswesens gesprochen werden.

Dazu kommt noch ,nach eingehender Untersuchung der „Initiative Qualitätsmedizin“, dass ca. 50% der Betten durch reine Verdachtsfälle ohne positiven PCR-Test belegt sind, sie aber dennoch als Covid19 Erkrankungen gehandhabt werden.. Aus derselben Arbeit geht hervor, dass es noch nie so wenige Atemwegsinfekte stationär gegeben hat wie im Jahre 2020.

<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/effekte-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-stationaere-versorgung-im-ersten-halbjaehr-2020>

Je einschneidender die staatlichen Massnahmen, desto höher die Sterberate (statistisch eindeutig) (Siehe untenstehenden Vergleich Deutschland mit England und Schweden)

Anteil der Verstorbenen pro Altersgruppe von 2016 bis 2020 von KW1 bis KW47 in Deutschland
Proportion of deceased per age group from 2016 to 2020 from week 1 to week 47 in Germany

verstorben	2016	2017	2018	2019	2020	Covid-19	Rang ↓
0-9 Jahre	3.111	2.961	2.983	2.913	2.821	3	5
10-19 Jahre	1.183	1.085	1.138	1.069	976	3	5
20-29 Jahre	3.052	2.927	2.985	2.800	2.736	18	5
30-39 Jahre	5.755	5.842	5.850	5.869	6.053	40	1
40-49 Jahre	16.766	15.466	15.068	14.093	13.976	130	5
50-59 Jahre	52.957	52.252	53.455	51.445	51.060	483	5
60-69 Jahre	96.880	99.158	104.023	102.897	104.426	1.270	1
70-79 Jahre	193.917	193.199	192.119	192.443	175.047	3.082	5
80-89 Jahre	290.587	304.322	315.843	313.698	325.530	6.455	1
90 Jahre und älter	147.177	160.311	167.511	165.434	171.684	2.862	1
verstorben gesamt	811.365	837.523	860.975	842.681	855.309	17.320	2
Einwohneranteil	2016	2017	2018	2019	2020	Aenderung 2010/20	
0-9 Jahre	6.977.889	7.185.460	7.370.373	7.488.994	7.588.635	8,8 %	
10-19 Jahre	7.775.622	7.885.830	7.851.064	7.763.332	7.705.657	-0,9 %	
20-29 Jahre	9.753.154	9.975.559	9.940.787	9.900.594	9.800.607	0,5 %	
30-39 Jahre	9.832.697	10.119.604	10.279.113	10.453.462	10.646.445	8,3 %	
40-49 Jahre	11.906.703	11.513.792	11.081.898	10.731.644	10.426.257	-12,4 %	
50-59 Jahre	12.709.784	12.993.405	13.207.433	13.369.561	13.474.166	6,0 %	
60-69 Jahre	9.161.871	9.533.940	9.844.581	10.086.747	10.302.411	12,4 %	
70-79 Jahre	6.535.519	6.239.921	6.004.494	7.047.332	7.685.929	-10,0 %	
80-89 Jahre	3.854.880	4.011.112	4.192.313	4.380.651	4.594.163	19,2 %	
90 Jahre und älter	689.416	718.091	749.597	770.034	794.943	15,3 %	
Summe Einwohner	81.197.537	82.175.884	82.521.653	82.792.351	83.019.213		
verstorben / Altersgruppe	2016	2017	2018	2019	2020		Rang ↓
0-9 Jahre	0,045 %	0,041 %	0,040 %	0,039 %	0,037 %		5
10-19 Jahre	0,015 %	0,014 %	0,014 %	0,014 %	0,013 %		5
20-29 Jahre	0,031 %	0,029 %	0,030 %	0,028 %	0,028 %		5
30-39 Jahre	0,059 %	0,058 %	0,057 %	0,056 %	0,057 %		4
40-49 Jahre	0,14 %	0,13 %	0,14 %	0,13 %	0,13 %		4
50-59 Jahre	0,42 %	0,40 %	0,40 %	0,38 %	0,38 %	0,021 %	5
60-69 Jahre	1,06 %	1,04 %	1,06 %	1,02 %	1,01 %		5
70-79 Jahre	2,27 %	2,24 %	2,20 %	2,32 %	2,29 %		4
80-89 Jahre	7,54 %	7,59 %	7,53 %	7,16 %	7,08 %		5
90 Jahre und älter	21,3 %		22,3 %	21,5 %	21,6 %		3
Anteil gesamt	1,00 %	1,02 %	1,04 %	1,02 %	1,03 %		2
Gesamtäquivalent 2020	1,07 %	1,08 %	1,08 %	1,04 %	1,03 %	AG korrigiert 2020	5
Rang	3	2	1	4	5		

(*) Die Bevölkerungszahlen nach Eurostat entsprechen jeweils dem Stand zum 31.12. des Vorjahres
 Eurostat: Mortality - Weekly deaths by week... 10 year age group

Verstorbene pro Altersgruppe von 2010 bis 2020 von KW1 bis KW50 im United Kingdom
Proportion of deceased per age group from 2010 to 2020 from week 1 to week 50 in the UK

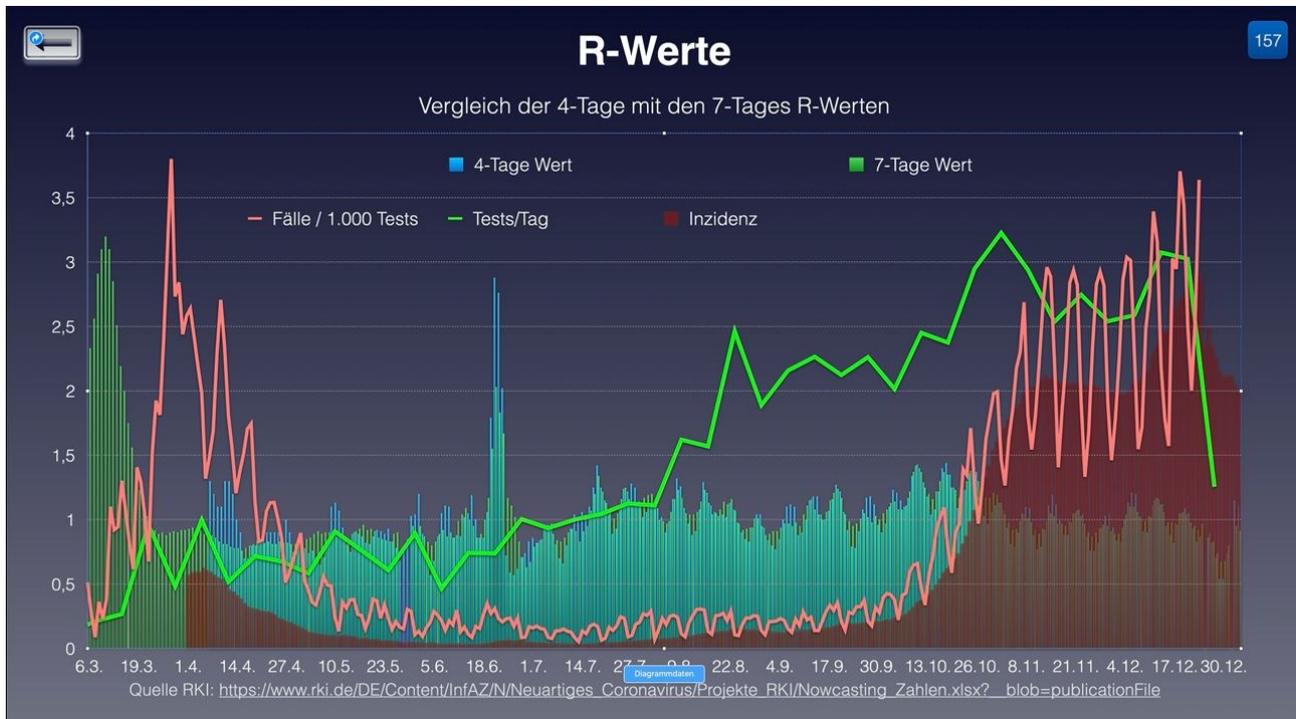
verstorben	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Covid-19	Rang ↓
0-9 Jahre	3.629	3.617	3.569	3.414	3.354	3.066	6	6
10-19 Jahre	1.203	1.158	1.147	1.274	1.131	1.077	6	6
20-29 Jahre	3.399	3.617	3.288	3.571	3.619	3.329	5	5
30-39 Jahre	6.394	6.565	6.690	6.941	6.936	7.372	1	1
40-49 Jahre	15.279	15.609	15.164	15.368	14.725	16.145	1	1
50-59 Jahre	32.544	33.750	33.545	34.722	34.441	38.895	1	1
60-69 Jahre	68.980	69.524	67.144	66.673	64.901	72.787	1	1
70-79 Jahre	124.622	124.791	129.333	131.389	129.614	149.478	1	1
80-89 Jahre	202.176	196.124	199.397	202.581	197.325	226.503	1	1
90 Jahre und älter	122.875	118.248	123.264	124.714	120.692	138.701	1	1
verstorben gesamt	581.101	573.003	581.541	590.647	576.738	656.453	61.341	1
Einwohneranteil	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Aenderung 2015/20	
0-9 Jahre	7.830.305	7.933.540	8.016.660	8.062.983	8.075.888	8.031.553	2,6 %	
10-19 Jahre	7.393.516	7.372.403	7.398.564	7.420.811	7.474.513	7.570.117	2,4 %	
20-29 Jahre	8.685.704	8.721.212	8.750.162	8.758.816	8.739.369	8.697.520	0,1 %	
30-39 Jahre	8.322.193	8.405.517	8.524.084	8.646.097	8.776.124	8.872.959	6,6 %	
40-49 Jahre	9.123.028	8.996.602	8.861.666	8.713.759	8.566.903	8.465.444	-7,2 %	
50-59 Jahre	8.200.958	8.408.496	8.607.336	8.775.553	8.911.564	9.020.629	10,0 %	
60-69 Jahre	7.052.868	7.094.960	7.143.535	7.121.509	7.075.336	7.101.044	0,7 %	
70-79 Jahre	4.702.510	4.830.480	4.948.902	5.147.299	5.282.688	5.587.890	18,4 %	
80-89 Jahre	2.501.130	2.536.766	2.576.424	2.623.844	2.679.308	2.728.083	9,1 %	
90 Jahre und älter	538.991	553.497	563.711	575.471	581.883	591.873	9,8 %	
Summe Einwohner	64.351.203	64.653.393	65.379.044	65.844.142	66.273.576	66.647.112		
verstorben / Altersgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020		Rang ↓
0-9 Jahre	0,046 %	0,046 %	0,045 %	0,042 %	0,042 %	0,038 %		6
10-19 Jahre	0,016 %	0,016 %	0,016 %	0,017 %	0,015 %	0,014 %		6
20-29 Jahre	0,039 %	0,041 %	0,038 %	0,041 %	0,041 %	0,038 %		5
30-39 Jahre	0,077 %	0,078 %	0,078 %	0,080 %	0,079 %	0,083 %		1
40-49 Jahre	0,17 %	0,17 %	0,17 %	0,18 %	0,17 %	0,18 %		1
50-59 Jahre	0,40 %	0,40 %	0,39 %	0,40 %	0,39 %	0,43 %	0,092 %	1
60-69 Jahre	0,98 %	0,98 %	0,94 %	0,94 %	0,92 %	1,03 %		1
70-79 Jahre	2,65 %	2,58 %	2,59 %	2,55 %	2,40 %	2,68 %		1
80-89 Jahre	8,08 %	7,73 %	7,74 %	7,72 %	7,36 %	8,27 %		1
90 Jahre und älter	22,8 %	21,4 %	21,9 %	21,7 %	20,7 %	23,4 %		1
Anteil gesamt	0,90 %	0,88 %	0,89 %	0,90 %	0,87 %	0,98 %		1
Gesamtäquivalent 2020	0,96 %	0,93 %	0,92 %	0,92 %	0,88 %	0,98 %		1
Rang	2	3	4	5	6	1		

(*) Die Bevölkerungszahlen nach Eurostat entsprechen jeweils dem Stand zum 01.01. des Vorjahres
 Eurostat: Mortality - Weekly deaths by week... 10 year age group

Anteil der Verstorbenen pro Altersgruppe von 2010 bis 2020 von KW1 bis KW49 in Schweden
Proportion of deceased per age group from 2010 to 2020 from week 1 to week 49 in Sweden

verstorben	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Covid-19	Rang ↓
0-9 Jahre	375	322	366	369	327	356	376	346	314	303	318	9	9
10-19 Jahre	202	197	170	167	151	175	138	165	178	150	188	3	11
20-29 Jahre	538	517	529	584	566	593	506	557	549	471	438	3	11
30-39 Jahre	603	647	635	650	656	622	641	623	649	685	592	1	10
40-49 Jahre	1.449	1.478	1.475	1.464	1.480	1.329	1.328	1.270	1.167	1.119	1.074	11	11
50-59 Jahre	3.778	3.706	3.575	3.595	3.548	3.492	3.241	3.158	3.112	3.011	3.010	11	11
60-69 Jahre	9.896	9.840	9.631	9.954	9.654	9.322	8.826	8.413	8.393	7.730	7.581	11	11
70-79 Jahre	16.509	16.277	16.605	16.798	16.922	17.876	18.051	18.550	19.219	18.853	19.642	1	1
80-89 Jahre	32.337	31.647	31.797	30.679	29.556	30.001	28.975	29.544	29.463	28.778	29.747	1	1
90 Jahre und älter	18.120	18.899	20.088	20.059	19.773	20.741	20.728	21.236	21.151	20.273	21.069	3	3
verstorben gesamt	83.807	83.530	85.071	84.319	82.633	84.507	82.810	83.862	84.195	80.673	83.659	7.513	7
Einwohneranteil	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Aenderung	
0-9 Jahre	1.025.717	1.052.156	1.077.445	1.096.306	1.117.576	1.136.969	1.155.771	1.176.336	1.197.894	1.214.224	1.223.971	19,3 %	
10-19 Jahre	1.158.093	1.135.919	1.106.119	1.078.340	1.058.910	1.052.759	1.063.498	1.064.279	1.082.712	1.125.291	1.155.271	1,3 %	
20-29 Jahre	1.143.224	1.177.212	1.213.939	1.245.998	1.276.213	1.303.195	1.327.284	1.338.861	1.351.866	1.350.922	1.338.915	17,1 %	
30-39 Jahre	1.211.948	1.214.567	1.215.751	1.211.059	1.208.264	1.208.901	1.213.746	1.227.641	1.258.493	1.290.688	1.300.260	9,8 %	
40-49 Jahre	1.274.449	1.284.206	1.294.753	1.308.124	1.318.186	1.322.328	1.320.858	1.314.367	1.306.807	1.298.352	1.294.175	1,5 %	
50-59 Jahre	1.167.976	1.160.490	1.156.172	1.158.939	1.164.894	1.176.610	1.201.352	1.224.659	1.248.102	1.269.914	1.286.816	10,2 %	
60-69 Jahre	1.111.680	1.139.212	1.161.890	1.175.894	1.179.498	1.175.251	1.161.900	1.147.571	1.135.688	1.125.089	1.114.377	0,2 %	
70-79 Jahre	670.147	682.635	692.657	707.987	734.204	771.134	814.338	856.646	896.697	933.084	964.267	43,9 %	
80-89 Jahre	415.141	414.404	411.161	408.208	406.916	404.702	404.412	405.287	409.775	415.286	423.830	2,1 %	
90 Jahre und älter	77.972	79.981	85.743	90.010	91.232	93.015	94.996	96.363	97.119	97.384	98.303	26,1 %	
Summe Einwohner	9.255.347	9.340.682	9.415.570	9.459.855	9.535.693	9.611.964	9.709.355	9.851.017	9.995.153	10.120.242	10.230.195		
verstorben / Altersgr.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		Rang ↓
0-9 Jahre	0,037 %	0,031 %	0,034 %	0,034 %	0,029 %	0,031 %	0,033 %	0,029 %	0,026 %	0,025 %	0,026 %		10
10-19 Jahre	0,017 %	0,017 %	0,015 %	0,015 %	0,014 %	0,017 %	0,013 %	0,016 %	0,016 %	0,013 %	0,016 %		5
20-29 Jahre	0,047 %	0,044 %	0,044 %	0,047 %	0,044 %	0,046 %	0,038 %	0,042 %	0,041 %	0,035 %	0,033 %		11
30-39 Jahre	0,050 %	0,053 %	0,052 %	0,054 %	0,054 %	0,051 %	0,053 %	0,051 %	0,052 %	0,045 %	0,045 %		11
40-49 Jahre	0,11 %	0,12 %	0,11 %	0,11 %	0,11 %	0,10 %	0,10 %	0,10 %	0,09 %	0,09 %	0,08 %		11
50-59 Jahre	0,32 %	0,32 %	0,31 %	0,31 %	0,30 %	0,30 %	0,27 %	0,26 %	0,25 %	0,24 %	0,23 %	0,073 %	11
60-69 Jahre</													

Besonders wichtig ist es, zu erkennen, dass die Inzidenz nahezu ausschließlich von der Anzahl der verwendeten Tests abhängt. Würde man, wie zu Beginn des Jahres 2020 oder dem Beginn der „Pandemie“, den R-Wert zugrunde legen, gäbe es keinerlei Rechtfertigung für die Vorgehensweise. Auch hier hat das Tragen der Masken keinen erkennbaren Einfluss auf das Infektionsgeschehen belegt.



Leider machen sich viele Ärzte und auch Gesundheitsämter mitschuldig, indem sie aus blindem Gehorsam, wider medizinischen Wissens handeln. Ich selbst werde mir vom Staat keine Vorgaben für meine freiberufliche Tätigkeit als Arzt geben lassen.

Angefügt habe ich eine sehr gut ausgearbeitete Seite eines ärztlichen Kollegen, die ich mir erlaube, als Ausdruck beizulegen. Sehr gerne erhalten Sie von mir sämtliche Einzelstudien die er auch zitiert, und die sich mit meinen decken, auch als Einzelausdruck.

Außerdem führe die Studie der Initiative Qualitätsmedizin und die neue Vorveröffentlichung der Psychischen Folgen des Maskentragens bei Kindern an.

[https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Corona children studies Co-Ki First results of a G.pdf](https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Corona_children_studies_Co-Ki_First_results_of_a_G.pdf)

Hochachtungsvoll

Dr. Bodo Schiffmann