

Viele Menschen wunderten sich, warum die Ständige Impfkommission (STIKO), die sich doch monatelang gegen eine allgemeine Corona-Impfung von Kindern und Jugendlichen sperrte, diese ab Mitte August auf einmal doch empfahl. Wer sich den mittlerweile publizierten wissenschaftlichen Begründungstext durchliest, bekommt viele Argumente für eine Rückkehr zur Normalität an Schulen und Kitas geboten - findet aber nur wenig überzeugende Gründe für eine Impfung. Der Versuch einer möglichst kompakten, kommentierten Zusammenfassung. Von **Sandra Reuse**.

*Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.*

[https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/210914\\_STIKO\\_Die\\_Nicht\\_Empfehlung\\_NDS.mp3](https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/210914_STIKO_Die_Nicht_Empfehlung_NDS.mp3)

Podcast: [Play in new window](#) | [Download](#)

Die Empfehlung der STIKO zur Impfung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren gegen Covid-19 wurde von den Medien verbreitet, als sie noch gar nicht in schriftlicher Form vorlag. Wie sie begründet ist, welche Risiko-Nutzen-Abwägung durch welche Studien unterlegt wurde, das konnten Interessierte zu diesem Zeitpunkt noch nicht genauer nachlesen.

Leider haben die meisten Medien auch nicht weiter danach gefragt.

Das mittlerweile erschienene [33. Epidemiologische Bulletin](#) enthält aber keine überzeugenden wissenschaftlichen Begründungen für eine allgemeine Impfeempfehlung der 12- bis 17-Jährigen. Vielmehr wird mit großer Klarheit festgestellt, dass Kinder und Jugendliche durch das Virus kaum bedroht sind und eine Verbreitung über Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen nur eine untergeordnete Rolle spielte. Das Bulletin findet sich [unter diesem Link](#) .

Die STIKO fordert eine aufgeklärte Impfscheidung. Diese setzt voraus, dass allen, die sich impfen lassen, alle bis dato bekannten Risiken einer Erkrankung mit Covid-19 einerseits und einer Impfung dagegen andererseits zur Kenntnis gebracht werden. Bei Kindern und Jugendlichen sind es insbesondere auch die Eltern, die als Angehörige und Sorgeberechtigte in diese Aufklärung einbezogen werden müssen. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die in den insgesamt 43 Seiten Bulletin nebst Anhängen enthaltenen Erkenntnisse so verständlich und kompakt wie möglich aufzubereiten. Dabei wird zwischen

thematisch geordneten Originalzitaten der STIKO und einer Kommentierung vor dem Hintergrund ggf. weiterer Erkenntnisse klar und sichtbar getrennt.

Das sagt die STIKO zur Begründung, warum sie die Impfung „empfiehlt“:

*„Bei der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) handelt es sich um eine Indikationsimpfempfehlung im Rahmen einer Pandemie. Ob es in Zukunft eine Standardimpfempfehlung oder eine Indikationsimpfempfehlung geben wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Sobald weitere Impfstoffe zugelassen und verfügbar sind oder neue Erkenntnisse mit Einfluss auf diese Empfehlung bekannt werden, wird die STIKO ihre COVID-19-Impfempfehlung aktualisieren“.*

Kommentierung: Die Entscheidung zur Empfehlung wurde ganz offenbar unter Druck gefällt, der sich über viele Monate aufbaute, die STIKO hat Bauchschmerzen und möchte ganz schnell zurückrudern („aktualisieren“) können, wenn sich herausstellen sollte, dass Kinder zu Schaden kommen. Denn der Nutzen einer Impfung, das zeigt sich in der Begründung der von der STIKO dargelegten Studienlage, ist für die Jüngsten äußerst fragwürdig.

Zu allererst stellt die STIKO nämlich fest, dass Kinder und Jugendliche durch das Virus kaum gefährdet sind – eine Tatsache, die mittlerweile durch viele Studien belegt und eigentlich auch allgemein anerkannt ist:

Das sagt die STIKO zum Erkrankungsrisiko von Kindern:

*„Obwohl schwere COVID-19-Erkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter vorkommen können, zeigt der überwiegende Teil einen asymptomatischen oder milden bzw. moderaten Infektionsverlauf von ein- bis zweiwöchiger Dauer“.*

Zitiert werden verschiedene Studien, die versuchen, die Anteile asymptomatischer bis hin zu schwer erkrankten Fällen zu beziffern, so z.B. [ein systematischer Review](#), der internationale Studien mit Daten von insgesamt 7.480 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren einschloss. Ergebnis: Bei nur 0,7 Prozent gab es einen kritischen Verlauf, zwei Prozent erkrankten schwer, kein Kind verstarb. ([Link zum Review](#))

Kommentierung: Das heißt, 2,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die nachweislich infiziert waren und bei denen diese Infektion entdeckt wurde, erkrankten schwer bis kritisch. Es heißt *nicht*, dass bis zu 2,7 Prozent *aller* Kinder schwere bis kritische Verläufe haben, vielmehr ist davon auszugehen, dass das Gesamtrisiko für die unter 18-Jährigen niedriger liegt. Dieses Gesamtrisiko insgesamt einzuschätzen, ist jedoch schwer, denn niemand kennt die Zahl derjenigen, die bereits mit dem Virus in Kontakt gekommen sind, sich unbemerkt infiziert haben, aber asymptomatisch und damit unerkannt blieben.

Das sagt die STIKO zum Anteil asymptomatischer Fälle bei Kindern:

Laut STIKO ist der Anteil asymptomatischer Fälle unter Kindern bis zu 5 Mal höher als unter Erwachsenen, wobei es je nach Studie und Methodik sehr unterschiedliche Einschätzungen gebe. So habe der Anteil asymptomatischer Fälle in einer Studie aus Spanien (n=61.075) in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe sogar 33 Prozent über alle Altersgruppen betragen, d.h. ein Drittel aller Infizierten jeden Alters machte eine Infektion ohne Erkrankung durch. [Link zu dieser Studie](#) .

Der zuvor erwähnte Review bezifferte den Anteil der asymptomatischen Kinder und Jugendlichen niedriger, und zwar auf 15 Prozent. Dennoch hatte die übergroße Mehrheit einen milden (42,5 Prozent) oder moderaten Infektionsverlauf (39,6 Prozent): Die häufigsten Symptome waren Kopfschmerzen (62 Prozent) und Abgeschlagenheit (55 Prozent). Länger andauernde Erkrankungen waren laut STIKO selten, im Median betrug die Krankheitsdauer 6 Tage.

Kommentierung: Asymptomatisch heißt, die Betroffenen machen eine Infektion durch, haben aber keinerlei gesundheitliche Probleme während dieser Zeit. Obwohl sie symptomfrei bleiben, entwickeln Kinder und Jugendliche interessanterweise dennoch eine starke Immunantwort.

Das sagt die STIKO zur Immunantwort von Kindern nach einer SARS-CoV-2-Infektion:

*„Ungeimpfte rekonvaleszente Personen weisen eine breite B- und T-Zell-Immunantwort auf, die sowohl neutralisierende Antikörper als auch Helfer-, Effektor- und Gedächtnis-T-Zellen umfasst, unter anderem gegen das Spike- und Nukleokapsid-Protein von SARS-CoV-2 gerichtet ist und für mindestens 6 - 10 Monate anhält. In einer prospektiven Multicenter-Studie wurde die humorale SARS-CoV-2-Immunantwort bei Kindern in Deutschland 3-4 Monate und 11- 12 Monate nach SARS-CoV-2- Infektion untersucht. Trotz des häufigeren*

*asymptomatischen Infektionsverlaufs waren die spezifischen Antikörperkonzentrationen höher und die Immunantwort bei Kindern dauerhafter als bei Erwachsenen“.*

Das sagt die STIKO zur Immunantwort durch einen der bisher zugelassenen Impfstoffe:

*„Die derzeit in Deutschland zugelassenen und verfügbaren COVID-19-Impfstoffe lösen eine T- und B-Lymphozyten-basierte Immunantwort gegen das Spike-Protein von SARS-CoV-2 aus, da sowohl die mRNA- als auch die Vektor-Impfstoffe nur dieses Oberflächenprotein von SARS-CoV-2 als Antigen nutzen. Die Impfung von naiven (d.h. bislang nicht infizierten, Anm. d. Red.) Personen mit einem dieser Impfstoffe bewirkt vor allem die Bildung von Spike-Protein-spezifischen Typ 1 T-Helfer-Zellen und B-Lymphozyten sowie von neutralisierenden Antikörpern gegen das Spike-Protein. Darüber hinaus werden durch die Impfung auch CD8+ T-Lymphozyten aktiviert, wobei dieses bei den Vektor-Impfstoffen deutlicher zu sein scheint als bei den mRNA-Impfstoffen“.*

Kommentierung: Zusammengefasst sagt die STIKO, dass die Immunantwort nach einer Sars-CoV-2-Infektion den bisherigen Erkenntnissen zufolge nicht nur „breiter“, sondern auch dauerhafter ist als die nach einer Impfung, was insbesondere für Kinder gilt. Gleichzeitig wird betont, dass eine Infektion in der überwiegenden Zahl der Fälle ohne größere gesundheitliche Probleme verläuft – gäbe es die Testungen nicht, bliebe das Infektionsgeschehen möglicherweise völlig unbemerkt (zur Ansteckungsgefahr durch Kinder vgl. weiter unten).

Worauf die STIKO leider nur indirekt eingeht

Worauf die STIKO in ihrer wissenschaftlichen Begründung leider nicht explizit eingeht, ist der Befund, dass es offenbar auch Menschen gibt, die sich *trotz Kontakt* mit einem oder sogar mehreren nachweislich Infizierten *nicht* anstecken. Auch in der öffentlichen Debatte wird die Existenz dieses Personenkreises, der insbesondere unter den Jüngsten höher zu sein scheint, tendenziell ignoriert. Vielmehr wird von „Durchseuchung“ gesprochen, als sei es völlig klar, dass jeder Mensch ohne Impfung zwangsläufig an „Corona“ erkranken werde. Dieses Vokabular ist nicht nur menschenverachtend, weil es den betroffenen Personen ihre individuelle Würde abspricht und sie zu Unterworfenen eines vermeintlich steuerbaren Geschehens macht, es ist nach allen bisher vorliegenden Erkenntnissen auch irreführend.

Denn es gibt eine ganze Reihe von Studien, die zeigen, dass *Kinder sich insgesamt seltener anstecken als Erwachsene, und zwar selbst dann, wenn sie mit Infizierten in einem Haushalt zusammenleben* (was in den meisten Fällen wohl eine gemeinsam verbrachte Quarantäne bedeutete). Diese Studien zitiert auch die STIKO.

Das sagt die STIKO zum Ansteckungsrisiko von Kindern:

*„Ein systematischer Review untersuchte die Suszeptibilität für und Transmission von SARS-CoV-2 unter Kindern und Jugendlichen, verglichen mit Erwachsenen (FN18). Es wurden 32 Studien aus 21 Ländern eingeschlossen, die Daten von 41.640 Kindern und Jugendlichen und 268.945 Erwachsenen auswerteten. Die AutorInnen resümieren, dass die Evidenz aus 15 Kontaktnachverfolgungsstudien darauf hinweist, dass Kinder und Jugendliche eine geringere Suszeptibilität für SARS-CoV-2 Infektionen haben als Erwachsene“.*

Einer anderen, durch die STIKO zitierten Studie zufolge betrug die Wahrscheinlichkeit, sich bei einem Infizierten anzustecken, ein Drittel bei Kindern im Vergleich zu knapp zwei Dritteln bei Erwachsenen.

Kommentierung: Auf den Befund, dass sich nicht zwingend alle Haushaltsmitglieder einer nachweislich infizierten Person anstecken und dass sich insbesondere Kinder seltener anstecken, machte übrigens auch der Virologe Prof. Hendrik Streeck am 10. April 2020 bei der Vorstellung der Ergebnisse seiner sog. Heinsberg-Studie aufmerksam – interessiert hat diese doch eigentlich sehr gute Nachricht niemanden. Streeck wurde heftig kritisiert, weil er ein überraschend niedriges Sterberisiko prognostizierte – auf seine Befunde zur unterschiedlichen Ansteckungsgefahr zwischen den Altersgruppen ging anschließend niemand mehr ein. [In einer neuen Studie](#), die ebenfalls das Karnevals-geschehen in der Heinsberg-Gemeinde Gangelt untersucht, zeigen Streeck und sein Team unter anderem, dass sich Kinder auch in Räumen mit schlechten Belüftungsanlagen, in denen stundenlang gefeiert, getrunken und gesungen wird, seltener mit Covid-19 anstecken als erwachsene Feiernde. [Link zur Studie](#) .

Das sagt die Stiko zum Übertragungsrisiko, das von Kindern ausgeht:

*„Die verfügbaren Studien zur Transmission weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche eine untergeordnete Rolle bei der Weiterverbreitung von SARS-CoV-2 spielen“.*

Zitiert wird u.a. eine [Studie aus Sachsen](#), der zufolge „die so genannten sekundären Infektionsraten (attack rates) von <18-jährigen Indexfällen signifikant niedriger (waren) als die von erwachsenen Indexfällen. In dieser Studie wurden keine Transmissionen von Indexpersonen im Alter von <18 Jahren auf Kinder und Jugendliche beobachtet, aber eine beträchtliche Anzahl (n=26) von Transmissionen von erwachsenen Indexfällen auf Haushaltskontakte im Alter von <18 Jahren“. [Link zu dieser Studie](#).

Kommentierung: Der Übertragungsweg findet also eher von Erwachsenen auf Kinder statt und nur selten umgekehrt. Kinder und Jugendliche untereinander scheinen sich ebenfalls selten gegenseitig anzustecken. Die STIKO bestätigt damit wissenschaftliche Erkenntnisse aus SARS-CoV-2-Kontaktverfolgungsstudien aus vielen international und national vorliegenden, teilweise längst peer-reviewten Studien. Dies sollte nun endlich als Grundlage dafür genommen werden, die Maßnahmen an den Kitas und Schulen umgehend zu überdenken.

Wo stecken sich Kinder und Jugendliche an? Das sagt die STIKO:

*„In einem Survey der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) wurde die Exposition bei 146 COVID-19-PatientInnen im Alter von 12-17 Jahren erfragt: 73,3 % hatten sich im Haushalt angesteckt, 18,5 % in der Schule, 4,1 % im Krankenhaus und 4,1 % auf einer Reise oder anderswo (persönliche Kommunikation Dr. J. Armann, DGPI Survey, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Uniklinikum Dresden)“.*

Das sagt die STIKO zu Herzerkrankungen bei Jugendlichen infolge der Impfung:

*„Myokarditiden nach Impfungen mit COVID-19- mRNA-Impfstoffen sind gesicherte, aber sehr seltene unerwünschte Ereignisse, die bei Jungen häufiger als bei Mädchen auftreten (ca. 1:17.000 bzw. 1:110.000 nach der 2.Impfung)“.*

*„In den USA wurde am 10.05.2021 eine Notfallzulassung für Comirnaty für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren ausgesprochen (...). Ende Juni wurde eine Fallserie aus den USA mit 7 männlichen Jugendlichen (14 - 19 Jahre alt) publiziert, die 2-4 Tage nach der 2. Impfstoffdosis von Comirnaty an einer*

*Myokarditis erkrankt waren. Das häufigste Symptom war Brustschmerz. Alle Patienten hatten erhöhte Troponinwerte, EKG-Veränderungen und ein pathologisches Kardio-MRT. Keiner der Patienten war kritisch krank, alle konnten nach 3-6 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden. (...) Bis zum 11.06.2021 sind insgesamt 296 Mio. mRNA- COVID-19-Impfstoffdosen in den USA verabreicht worden. Es entfielen davon 52 Mio. Dosen auf Personen im Alter von 12-29 Jahren. (...) Zwischen dem 29.12.2020 und dem 11.06.2021 wurden 1.226 Myokarditisfälle nach mRNA-Impfung mit Comirnaty oder Spikevax gemeldet. Das mittlere Alter der berichteten Fälle lag bei 26 Jahren (Spanne: 12-94 Jahre) und der mittlere Symptombeginn bei 3 Tagen nach der Impfung (Spanne: 0-179). 58 % der Fälle mit Altersangabe waren jünger als 30 Jahre (n = 687), 76 % mit entsprechenden Angaben waren männlich. Bei 76 % der Fälle mit Angaben zur Impfstoffdosis war die Myokarditis nach der 2. Dosis aufgetreten“.*

Kommentierung: Auf Basis dieser Datenlage kann keine informierte Entscheidung getroffen werden. Weder werden die Impf“neben“wirkungen für die Gruppe der 12- bis 17-Jährigen herausgearbeitet - diese gehen einmal in der Gruppe der 12- bis 29-Jährigen auf, einmal in der Gruppe der 12- bis 94-Jährigen - noch werden die Fälle seit dem Zeitpunkt der Zulassung quantifiziert - vielmehr wird rückwirkend bis Dezember 2020 analysiert. Warum? Es wird auch nicht berichtet, wie viele *Personen* geimpft wurden, sondern die Zahl der Impfdosen. Trotzdem, oder vielleicht gerade wegen dieser offensichtlichen Ungenauigkeiten, lässt die Zusammenfassung der STIKO eigentlich keine andere Interpretation zu, als dass jüngere Patienten häufiger von schwerwiegenden Impfnebenwirkungen betroffen sind als ältere.

Gerade ist [eine Studie der University of California](#) zu diesem Thema erschienen, derzufolge das Risiko für 12- bis 15-jährige Jungen mit 1:6.165 und für 16- bis 17-jährige Jungen mit 1:10.638 beschrieben wird, an einer schweren kardialen Nebenwirkung infolge der Impfung zu erkranken. In dieser Studie kommen die Autoren eindeutig zu dem Ergebnis, dass das Risiko der kardialen Nebenwirkung deutlich die Wahrscheinlichkeit, wegen eines schwerwiegenden Covid-Verlaufs hospitalisiert zu werden, übersteigt. [Link zur Studie](#).

Weiter zum Bericht der STIKO:

*„Alle Fälle, die jünger als 30 Jahre alt waren, die Falldefinition des CDC für Myokarditis, Perikarditis oder Myoperikarditis erfüllten und zwischen dem 01.05. und 11.06.2021 gemeldet wurden (n = 323), wurden von einem*

*Expertengremium des CDC genauer untersucht. Das mittlere Alter dieser Fälle lag bei 19 Jahren (Spanne: 12 – 29 Jahre); 90 % der Fälle waren männlich. Bei 92 % der Fälle traten die Symptome innerhalb einer Woche nach der Impfung auf; 96 % der Fälle wurden hospitalisiert, bei insgesamt jedoch überwiegend mildem Akutverlauf. Für 304 PatientInnen ist das Outcome bekannt: 95 % waren zum Zeitpunkt der Untersuchungen durch das ExpertInnengremium aus dem Krankenhaus entlassen; Todesfälle sind nicht aufgetreten. Die Behandlungsdaten sind noch vorläufig und unvollständig. Viele PatientInnen sind jedoch inzwischen nach konservativer Therapie (z. B. nichtsteroidale Antirheumatika) wieder symptomfrei. Über mögliche Langzeitfolgen ist nichts bekannt“.*

Kommentierung: Bei mindestens neun Patienten war das „Outcome“ zum Zeitpunkt der Berichtlegung also offensichtlich noch nicht bekannt. Als „Outcome“ wird im Public Management normalerweise das finale Ergebnis oder Resultat einer Intervention verstanden. Da jedoch über mögliche Langzeitfolgen noch nichts bekannt ist, kann die o.g. Fallauswertung nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Eine in mehreren Studien im Labor nachgewiesene Troponin-Erhöhung der Jugendlichen deutet auf einen Herzmuskelschaden ähnlich dem eines Infarktes hin. Dies kann längerfristig die körperliche Belastbarkeit der Geimpften einschränken, ein Aspekt, der ebenfalls noch nicht öffentlich diskutiert wurde und zu dem offenbar auch noch keine Studien laufen.

Das sagt die STIKO zu Long Covid bei Kindern und Jugendlichen

*„Das Auftreten von Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen ist bisher nicht quantifizierbar. Bei zunehmenden Fallzahlen ist jedoch auch bei niedriger Inzidenz von Long-COVID ein Anstieg von Langzeitfolgen anzunehmen“.*

*Allerdings, so betont die STIKO, werde Long-COVID bislang auch nur in Studien ohne Kontrollgruppe beschrieben. „Dadurch ist die Aussagekraft limitiert, da auch die veränderten Alltagsbedingungen in der Pandemie (insbesondere Lockdown und Schulschließungen) zu Krankheitssymptomen bei Kindern und Jugendlichen führen können“.*

Kommentierung: Damit sagt die STIKO ganz klar und deutlich, dass Long COVID – übrigens nicht nur bei Kindern – auch durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus verursacht sein könnte. Insbesondere Depressionen als Folge der Kontaktbeschränkungen wurden auch schon durch andere Studien belegt. Eine ganze Reihe von Eltern haben auch



dem „Forum Schule - wie weiter?“ bei den NachDenkSeiten mit großer Sorge von depressiven Verstimmungen ihrer Kinder im ersten und zweiten Lockdown berichtet: z.B. hier: [Forum Schule - das schreiben uns die Eltern](#) (NDS vom 25.05.21).

Das sagt die STIKO zum Schutz von anderen durch die Impfung der Jüngeren:

*„Mathematische Modellierungen weisen darauf hin, dass primär das schnelle Erreichen einer hohen Impfquote (75% und mehr) bei Erwachsenen für den Verlauf der vierten Infektionswelle von Bedeutung ist und nur sekundär die Impfquote unter den 12-17-Jährigen. Mit einer insgesamt hohen Impfquote der  $\geq 12$ -Jährigen kann zudem die Krankheitslast von ungeimpften Kindern und Jugendlichen reduziert werden“.*

Kommentierung: Da Kinder und Jugendliche zumeist nur leicht oder gar nicht an Covid-19 erkranken (asymptomatisch bleiben), wie die STIKO feststellt, ist der Nutzen einer Impfung für sie im Allgemeinen gering. Sie helfen aber auch der Allgemeinbevölkerung kaum durch die Impfung. Die Behauptung, „durch die Impfung schützt Ihr Euch und andere“, wie sie auf tausenden Plakaten, in Briefen von Politikern an Minderjährige und immer wieder durch die Medien postuliert wird, ist ein durch diese „Empfehlung“ der STIKO widerlegter Mythos. Das heißt keineswegs, dass eine Impfung von Kindern und Jugendlichen gegen Covid-19 auf Basis einer überlegten und informierten Entscheidung und Beratung durch einen Arzt nicht sinnvoll ist. Dies gilt aber insbesondere bei bestimmten Vorerkrankungen. Das heißt aber, dass auf keinen Fall Druck auf Eltern bzw. Kinder und Jugendliche ausgeübt werden sollte, eine Impfung zur Voraussetzung für den Zugang zu Bildungs-, Freizeit- und Sportangeboten zu machen.

Denn die möglichen großen Risiken für Kinder und Jugendliche durch eine SARS-CoV-2-Infektion sind durch empirische Daten aus der Vergangenheit nicht belegt, sie werden lediglich durch Projektionen in die Zukunft „modelliert“. Und das reicht angesichts der empirisch belegten, zum Glück bislang scheinbar seltenen, aber dennoch teilweise schweren Nebenwirkungen der Impfung in dieser Altersgruppe nicht aus, um eine allgemeine Impfpflicht für Jüngere zu rechtfertigen.

Das sagt übrigens die STIKO zur Delta-Variante:

*„Bisher gibt es auf Grundlage der Surveillancedaten zu COVID-19 keine Hinweise darauf, dass das Aufkommen der Delta-Variante zu einer Zunahme von*

*COVID-19-assoziierten Hospitalisierungen und Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen führt“.*

Titelbild: Ira Lichi / Shutterstock