… zeigen, dass die „Covid-19-Impfungen“ und die Technologie dahinter gefährlich sind

Auf die Studie von Rockenfeller und Kollegen hatte ich schon öfter hingewiesen. Sie ist jetzt offiziell in Royal Society Open Science publiziert [1]. Sie produziert eine sorgfältige Schätzung der Mortalitätstrends in Deutschland für jede Alterskohorte und kann daraus errechnen, wie hoch die vermutete Übersterblichkeit während der Coronajahre war. Im ersten Corona-Jahr 2020 ergibt sich eine *Untersterblichkeit* von etwa 18.500 Menschen. Soviel starben im bösen Coronajahr weniger als erwartet, ohne Impfung. Das ist ein Befund, der alle Panikmache in dieser Zeit Lügen straft.

Dann, wir erinnern uns, kam die „Rettung“ durch die „Coronaimpfungen“, die ja verhindern sollten, dass so viele Menschen sterben. Was geschah in den Jahren 2021 und 2022? Im Jahr 2021 gab es eine leichte Übersterblichkeit von knapp 7.000 Personen und im Jahr 2022 eine Übersterblichkeit von etwa 41.000 Personen.

Überblickt man einen längeren Zeitraum von 2016 bis 2020, dann erkennt man, dass in den Jahren zuvor eine deutliche Untersterblichkeit zu registrieren ist, die eben in den Jahren 2021/2022 kompensiert wird. Das sieht man auch an den Kohorten: Die Übersterblichkeit 2021/2022 geht vor allem auf die höhere Sterblichkeit bei Alten zurück und lässt sich gut mit den Sterblichkeitswellen früherer Grippejahre vergleichen.

Was also ist hier passiert? Nichts Besonderes, könnte man antworten, außer dass alte Menschen während dieser Coronawellen vermehrt verstorben sind, so wie sonst während schwerer jährlicher Grippe- und anderer Infektionswellen auch, außer dass sie diesmal unter enger Beobachtung der Medien, der Politik und einer völlig hysterischen Nation an „Corona“ verstorben sind (und dazu gehört selbstverständlich auch oft ein qualvoller Tod, vielleicht sogar noch öfter ein einsamer Tod, manchmal vielleicht sogar ein beschleunigter durch falsche Beatmung, aber all das ist jetzt nicht mein Fokus). Etwa 66.700 Todesfälle sind nach der Schätzung von Rockenfeller und Kollegen auf eine Coronainfektion zurückzuführen, und diese sind fast ausschließlich der Gruppe der über 60-Jährigen zuzuschreiben.

Die Impfung hat nichts an den Mortalitätstrends geändert

Doch, es ist schon was Besonderes passiert, nämlich vor allem: Nichts. Denn wenn man der allgemeinen Propaganda von Politik und Medien gefolgt ist, dann hätte ja die Impfung 2021

der „Gamechanger“, wie man auf Neudeutsch sagt, sein müssen. Dann hätte sich die Sterblichkeit „an und mit“ Corona drastisch ändern müssen. Nein, zeigen die Berechnungen von Rockenfeller und Kollegen. Diese Änderung sucht man vergeblich. Im Gegenteil. Die Grippesaison (immer von Herbst bis Sommer gerechnet) 2022/23 ist mit knapp 52.000 Übersterblichkeitsfällen die höchste aller Übersterblichkeitsreihen seit 2000 und deutlich über der normalen Schwankungsbreite. Wenn man nicht Grippezyklen, sondern ganze Jahre betrachtet, gilt das gleiche: 2022 ist mit über 41.000 Todesfällen deutlich über dem Durchschnitt und das Jahr mit der höchsten Übersterblichkeit in der 20-jährigen Betrachtung von Mortalitätszyklen in Deutschland.

Zu dieser Einsicht hat auch ein anderes Modell geführt [2], das allerdings wesentlich höhere Übersterblichkeit schätzt (vermutlich weil die Modellbildung auf kürzere Datenreihen zurückgreift).

Gemeinsam ist beiden die einfache Aussage:

Was man mit Sicherheit sagen kann, ist dass die Covid-19-„Impfungen“ keine Todesfälle verhindert haben.

Denn die Jahre, in denen die Impfung nicht nur eingeführt, sondern durch Mehrfachimpfungen potenziert worden ist, sind die mit der höchsten Sterblichkeit. Ob und inwieweit diese Impfungen ursächlich für die erhöhte Sterblichkeit sind, ist höchst komplex. Ich will diese Diskussion an dieser Stelle um einen kleinen Baustein bereichern:

Eine neue, sorgfältige prospektive Studie zeigt: Myocarditis kommt wesentlich häufiger nach einer Impfung vor, als man bisher dachte

Wir haben in unserer allerersten Studie, in der wir eine Kosten-Nutzen-Rechnung der neuartigen „Impfungen“ publiziert haben [3-5] gefordert, dass eine großangelegte prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt wird, unabhängig von der Industrie, gefördert von nationalen Fonds, in der Geimpfte über einen längeren Zeitraum eng beobachtet werden, damit man Nutzen und Risiko klar bestimmen kann. Denn der Vorwurf, der durchaus zu Recht gegen unsere Analyse erhoben wurde, dass nämlich die passiven Nebenwirkungsdatenbanken nicht systematisch genug sind, geht in beide Richtungen.

Nun ist eine solche sorgfältige Beobachtungsstudie durchgeführt worden [6]. Im Basler Kantonsspital wurden alle Mitarbeiter, die eine Boosterimpfung mit dem Moderna-„Impfstoff“ erhielten und bereit waren, sich untersuchen zu lassen, in eine

Beobachtungsstudie eingeschlossen. Von insgesamt 1871 Menschen, die infrage gekommen wären, stimmten 835 der Untersuchung zu und von 777 wurde dann schließlich am 3. Tag nach der Impfung Blut abgenommen (bei den anderen kam irgendwas dazwischen).

Das Ziel der Studie war herauszufinden, ob es Anzeichen für eine Myocarditis, also eine Herzmuskelentzündung gäbe. Das wurde ja immer wieder als eine relativ häufig berichtete Nebenwirkung solcher „Impfungen" genannt, aber heruntergespielt. Gemessen wurde Troponin im Blut. Das ist ein Eiweißmolekül, das normalerweise in den Muskeln vorkommt und dort unter anderem für die Beweglichkeit und Kontraktionsfähigkeit der Muskeln sorgt. Es kommt natürlich auch im Herzmuskel vor und tritt dann, wenn der Herzmuskel entzündet oder geschädigt ist, ins Blut über. Daher verwenden Kardiologen erhöhtes Troponin im Blut, das höher liegt als bei 99 % aller Gesunden, als einen indirekten Hinweis auf eine Myokarditis. Und genau das wurde hier gemessen.

Wurde nun erhöhtes Troponin gefunden, wurden auch alle anderen Ursachen abgeklärt, und erst dann wurde die „Impfung" als ursächlich für die Troponin-Erhöhung und damit für eine Myocarditis gesehen. Außerdem wurden alle mit irgendeiner Vorgeschichte von Herzkrankheit aus der Untersuchung ausgeschlossen, so dass wirklich nur Gesunde in die Betrachtung einflossen.

Das alarmierende Ergebnis ist: bei 22 oder 2,8 % waren klare Hinweise auf Vakzin-induzierte Myokarditis 3 Tage nach der Booster-„Impfung" zu sehen, in der Mehrheit bei Frauen, nämlich 20 Frauen gegenüber 2 Männern. Da in der Stichprobe zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer waren, ist dieser Frauenüberhang teilweise stichprobenbedingt, aber nicht nur.

Beruhigend ist, dass sich diese Entzündung bei keiner Person ausgeweitet hat und EKG-Zeichen keinen Hinweis auf längerfristige Herzschädigung zeigten. Die Autoren machen ihr engmaschiges Betreuungsnetz dafür mit-verantwortlich. Denn diejenigen Personen mit Hinweis auf Myokarditis wurden gleich zur Ruhe und Beobachtung angehalten, wodurch verschlimmernde Faktoren kontrolliert wurden.

Eine Inzidenz von 2,8 % ist um den Faktor 800 mehr als in bisher publizierten Meta-Analysen geschätzt wurde – die sich natürlich alle auf passive Nebenwirkungsdatenbanken stützen! Das ist aus meiner Sicht massiv, zumal diese Studie einige Elemente enthält, die die Schätzung sehr konservativ machen: Menschen mit Herzproblemen wurden gar nicht erst eingeschlossen. Das ist bei gewöhnlicher Impfpraxis nicht unbedingt gegeben. Es wurde keine Baseline-Messung gemacht (weil die Ethik-Kommission das verboten hat), sondern Werte von gesunden Normpatienten wurden als Maßstab verwendet.

Zwei Werte waren bei den Menschen mit Myokarditis niedriger als bei denen ohne:

Interleukin Lambda und der Granulocyte-Macrophage-Colony-Stimulating-Factor (GM-CSF). Beides sind Zytokine, also Botenstoffe des Immunsystems, die zur Abwehr von Virusinfektionen wichtig sind.

An einem Punkt argumentieren die Autoren in der Diskussion aus meiner Sicht falsch (und in meiner Korrespondenz mit den Autoren hat sich meine Vermutung bestätigt: Ich schätze mal, sie haben sich den Ansichten oder Erwartungen der Gutachter oder des Herausgebers oder der vorherrschenden Meinung angepasst). Sie schreiben, dass Myokarditis bei Covid-19-Infektionen wesentlich häufiger sei, als in ihrer Studie. Sie zitieren dazu Studien, die das Vorkommen von erhöhtem Troponin bei *hospitalisierten* Covid-19-Patienten dokumentieren, wo es bei 20-60 % der Patienten erhöht ist [7-10]. Die Publikationen weisen allerdings alle daraufhin, dass das vermutlich auf Herzerkrankungen zurückgeht, die die Patienten möglicherweise schon hatten. Und wir sollten nicht vergessen: Es ist eine Minderheit von SARS-CoV-2 positiv befundenen Menschen, die mit Covid-19 hospitalisiert werden. Mit ziemlicher Sicherheit erkranken weniger als 2,8 % aller Menschen, die je mit SARS-CoV-2 in Berührung kamen, an Myokarditis.

Es wird nun wirklich Zeit, dass solche sorgfältigen prospektiven Studien vermehrt durchgeführt werden. Denn 777 Menschen ist eine vergleichsweise kleine Zahl, viel zu klein, um zum Beispiel die Anzahl von Todesfällen aufgrund von Impfungen aufzuklären, zumal dann, wenn man Vorerkrankte aus der Betrachtung ausschließt.

Wir wissen nun aus einer sorgfältigen Studie: Das Risiko von Myokarditis ist vergleichsweise hoch. Es müsste ins Verhältnis gesetzt werden zu anderen Risiken, z.B. an Covid-19 zu versterben. Wie wir oben gesehen haben, zeigt eine Mortalitätsbetrachtung wenig Hinweise darauf, dass dieses Risiko für gesunde Menschen unter 70 nennenswert gewesen wäre.

Die Mechanismen: mod-RNA und Lipidnanopartikel lösen Entzündungen aus und überstimulieren das Immunsystem auf unnatürliche Weise

Ein erhellender Aufsatz meines Kollegen Klaus Steger, ein Molekularbiologe, der mit mir im Aufsichtsrat des Ärzteverbandes Hippokratischer Eid arbeitet, zeigt, warum das so ist, zumindest teilweise. In diesem gut geschriebenen und leicht verständlichen Aufsatz zeigt er, dass das, was zur „Impfung“ gegen Covid-19 verwendet wird, keine normale Messenger- oder m-RNA ist, sondern eine modifizierte RNA. Denn würde man die RNA nicht modifizieren, so wäre sie in Windeseile von unserem Immunsystem bzw. von den entsprechenden Enzymen zerlegt, so wie die zellinterne m-RNA auch, wenn sie ihre Arbeit

getan hat. Nur durch das Verpacken der mod-RNA in Nanolipidpartikel kann man sie zum einen in die Zellen einschleusen, ohne, dass sie sofort zerstört wird und kann zum zweiten dafür sorgen, dass sie eine Zeitlang aktiv bleibt. Der Punkt ist: Wir wissen nicht und können vor allem nicht steuern, wie lange sie aktiv bleibt.

Während bei einer viralen Infektion das Virus als Ganzes in die Zelle gelangt und daher das Immunsystem nicht nur gegen bestimmte Epitope des Virus Antikörper und Immunerkennung ausbildet, sondern gegen unterschiedliche Elemente, ist es bei der mod-RNA nur ein Element, das Spike-Protein, das kodiert wird. Und dieses ist das eigentlich toxische Element des Virus. Es gelangt in die Zellen, in die Blutbahn, von dort an andere Orte im Körper, zum Beispiel an das Epithel von Kapillargefäßen in der Peripherie oder im Herzen. Überall dort, wo die Nanolipidpartikel mit der mod-RNA als Beladung hingelangen, dort verschmelzen diese Partikel mit den Zellmembranen, was dazu führt, dass die entsprechenden Zellen beginnen, den Bauplan der mod-RNA abzuarbeiten und Spike-Proteine zu bilden. Das geschieht an Orten, an die ein normales Virus nie hingelangt wäre, außer bei einem totalen Versagen des Immunsystems. Denn normalerweise wird das Virus, in dem Fall das SARS-CoV-2-Virus, vom Immunsystem in den Schleimhäuten abgefangen, und nur in sehr seltenen Fällen gelangen virusinfizierte Zellen in die Blutbahn und damit auch an andere Orte des Körpers, wo diese infizierten Zellen dann zerstört werden. Es ist vor allem diese überschießende Entzündung, die bei schwer Covid-19-Erkrankten zu der Gefahrensituation geführt hat. Bei Menschen mit funktionierendem Immunsystem werden diese infizierten Zellen zerstört und beseitigt.

Bei der sog. „Impfung“ mit mod-RNA ist das Einbringen des Spike-Proteins, also des gefährlichsten Teils des Virus, in den Körper gewissermaßen vorprogrammiert und hat System. Es war eine kapitale und katastrophale Lüge, zu sagen, die mod-RNA verbleibe in der Muskelzelle. Jeder, der nur ein rudimentäres Wissen um Biologie hat, weiß, dass die Nadeln, mit denen geimpft wird, größer sind als Zellen und dass Muskeln sehr stark durchblutet sind. Zumal auch aus unerfindlichen Gründen die Weisung ausgegeben wurde, man solle bei Impfung in den Muskel nicht mehr aspirieren, also nach Einstich den Kolben zurückziehen (um zu sehen, ob ein Blutgefäß verletzt wurde). All das führt dazu, dass diese mod-RNA mit einer hohen Wahrscheinlichkeit in verschiedene Kompartimente des Körpers, vor allem an Epithelzellen der Blutgefäße gelangt und dort Körperzellen zur Produktion von Spike-Proteinen veranlasst. Dieser Vorgang kann, im Gegensatz zu einer viralen Infektion, die normalerweise in ein paar Tagen abklingt, Wochen und Monate dauern – und falls der Bauplan in das Genom eingebaut wird, sogar ein Leben lang anhalten.

Ich empfehle allen eine gründliche Lektüre von Klaus Stegers Aufsatz, der erst Teil 1 darstellt. Denn dann versteht man besser, warum diese vermeintliche „Impfung“ potenziell gefährlich ist. Dann versteht man auch, dass es allerhöchste Zeit ist, diesen Irrsinn zu

beenden und vor allem dafür zu sorgen, dass diese mod-RNA-Plattform nicht zur Basis aller anderen normalen Impfungen gemacht wird, nur weil man damit mal wieder Geld auf Kosten der Allgemeinheit verdienen kann. Das steht nämlich zu befürchten, und das muss aus meiner Sicht unbedingt verhindert werden. Daher ist es wichtig, sich zu engagieren, z.B. durch eine Mitmachaktion oder durch Beschwerde gegen den Pandemievertrag durch den solche vermeintlichen Arzneistoffe künftig mit großer Wahrscheinlichkeit verpflichtend werden.

Es wird Zeit, dass die Verantwortlichen umdenken und umlenken. Der biblische Begriff dafür ist „meta-noia“, ein grundlegendes Umdenken oder das Ruder des Denkens umlegen in eine andere Richtung. Übersetzt wird er üblicherweise mit dem etwas belasteten Begriff der „Bekehrung“. Es geht um etwas sehr Grundlegendes: Zugeben, dass man sich geirrt hat und sein Denken und Handeln in andere Bahnen lenken. Und zwar bevor es zu spät ist. Davon handelt ein neues Buch [11], zu dem ich demnächst ein paar Worte schreiben will.

Quellen und Literatur

1. Rockenfeller R, Günther M, Mörl F. Reports of deaths are an exaggeration: All-cause and NAA-test-conditional mortality in Germany during the SARS-CoV-2 era. Royal Society Open Science. 2023;10:221551.
2. Kuhbandner C, Reitzner M. Estimation of Excess Mortality in Germany During 2020-2022. Cureus. 2023;15(5):e39371. doi: https://doi.org/10.7759/cureus.39371.
3. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The risk-benefit ratio of Covid-19 vaccines: Publication policy by retraction does nothing to improve it. Clinical and Translational Discovery. 2022;2(1):e35. doi: https://doi.org/10.1002/ctd2.35.
4. Walach H, Klement RJ, Aukema W. Retracted: The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy. Vaccines. 2021;9(7):693. doi: 10.3390/vaccines9070693. PubMed PMID: doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9070693.
5. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The Safety of COVID-19 Vaccinations — Should We Rethink the Policy? Science, Public Health Policy, and the Law. 2021;3:87-99. https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5.
6. Buergin N, Lopez-Ayala P, Hirsiger JR, Mueller P, Median D, Glarner N, et al. Sex-specific differences in myocardial injury incidence after COVID-19 mRNA-1273 Booster Vaccination. European Journal of Heart Failure. 2023;in print. doi: https://doi.org/10.1002/ejhf.2978.
7. Mueller C, Giannitsis E, Jaffe AS, Huber K, Mair J, Cullen L, et al. Cardiovascular biomarkers in patients with COVID-19. European Heart Journal Acute Cardiovascular

Care. 2021;10(3):310-9. doi: 10.1093/ehjacc/zuab009.
8. The Task Force for the management of COVID-19 of the European Society of Cardiology. European Society of Cardiology guidance for the diagnosis and management of cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: part 1—epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. European Heart Journal. 2021;43(11):1033-58. doi: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab696.
9. Shi S, Qin M, Shen B, Cai Y, Liu T, Yang F, et al. Association of Cardiac Injury With Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China. JAMA Cardiology. 2020. doi: 10.1001/jamacardio.2020.0950.
10. Sandoval Y, Januzzi JL, Jaffe AS. Cardiac Troponin for Assessment of Myocardial Injury in COVID-19: JACC Review Topic of the Week. Journal of the American College of Cardiology. 2020;76(10):1244-58. doi: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.06.068.
11. Seidel TA, Kleinschmidt S-, editors. Angst, Politik, Zivilcourage: Rückschau auf die Corona-Krise. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt; 2023.