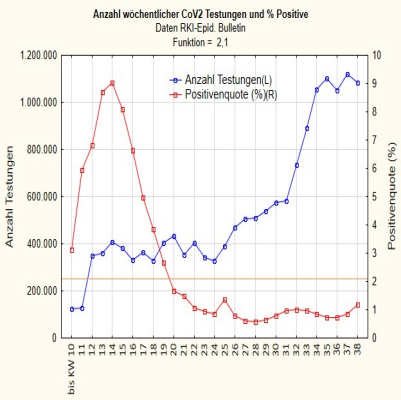


Steigende FÃ¤lle 2: Die deutsche Situation und das Mantra vom Impfen

Description

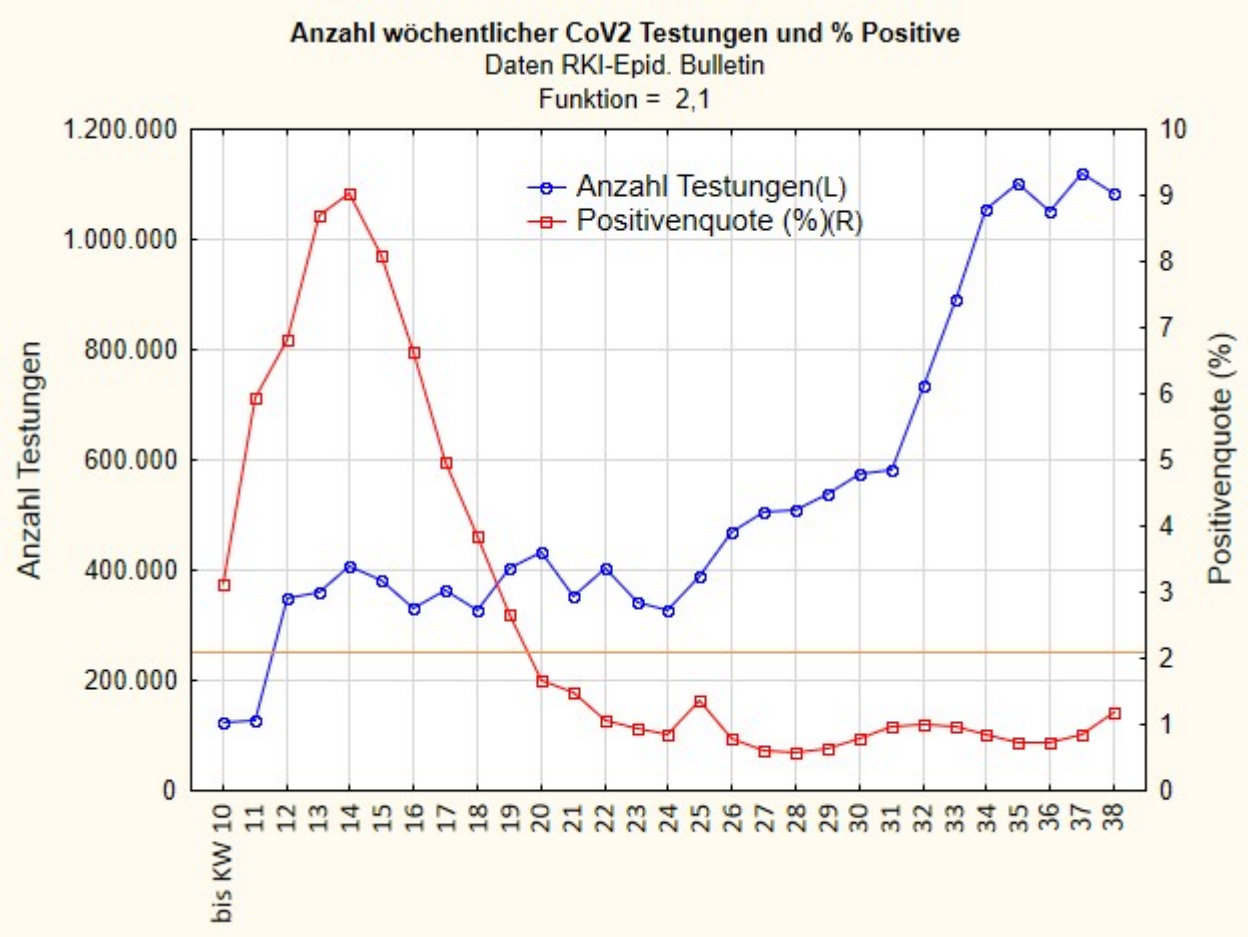
Steigende FÃ¤lle?

Ich bin immer dankbar fÃ¼r aufmerksame Leser. Einer hat mich darauf hingewiesen, dass meine Betrachtung der Worldometer-Daten in meinem letzten Blog dazu fÃ¼hrt, dass man aus den kumulativen Daten nur dann klare Trends ableiten kann, wenn die VerÃ¤nderungen Ã¼ber den durchschnittlichen Werten vom 15.8.2020 liegen. Das ist in der Tat das Problem der kumulativen Daten der Worldometer-Datenbank. Die mÃ¼sste ich sozusagen wÃ¶chentlich abspeichern und die wÃ¶chentlichen Zahlen ableiten, um die Daten sauber darstellen zu kÃ¶nnen. Was man allerdings aus ihnen ableiten kann, ist ob sich tatsÃ¤chlich eine grÃ¶Ã?ere Steigerung ergeben hat oder nicht. Und wir sehen an den Daten: Das ist in der Regel in Europa nicht der Fall, jedenfalls bei den meisten LÃ¤ndern.

Um dies fÃ¼r Deutschland genauer zu sehen, habe ich nochmals meine letzte Grafik mit den wÃ¶chentlichen (und nicht kumulativen) Daten des RKI fÃ¼r Deutschland aktualisiert, die ich am 15.8. gepostet hatte (Kalenderwoche 33) und die neuen Daten bis incl. 23.9.2020 (KW 38) eingearbeitet.

Hier sind sie:

Â© Prof. Harald Walach



Man sieht einen leicht steigenden Trend des prozentualen Anteils positiver Testergebnisse (rote Kurve, rechte Skala) im Vergleich zu den letzten Wochen. Der Anteil der prozentual positiven FÃ¤lle, gerechnet auf die Anzahl der Tests, liegt lt. RKI aktuell bei 1,19% und ist in der Tat seit Mitte August um dramatische 0,19 (!!) Prozentpunkte gestiegen. Ich habe sicherheitshalber die 2,1% Grenze eingezogen, also die Grenze der Falsch-Positiven-Rate [1].

UnlÃ¤ngst hat mich wer gefragt, wie ich sie berechne. Ich habe die in dieser Publikation berichteten 8 positiven Tests von anderen Corona-Viren und die 3 falsch positiven von den Nullkontrollen genommen, also insgesamt 11 falsche Tests von allen, und durch die Gesamtzahl von 521 ausgewerteten Tests geteilt: 11/521*100 = 2,1%. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Validierungs-Studie im Labor. Im wirklichen Leben wird in Deutschland meistens jede positive Probe erneut getestet. Allerdings sind die Bedingungen im Feld wesentlich schlechter als die im Labor, und die Zahl von 2,1% bezieht sich nicht auf die Personen, sondern auf die Anzahl der Tests.

Das bedeutet: Der Test wird in ca. 2,1% aller FÃ¤lle, in denen er angewandt wird, Menschen als Sars-CoV-2-positiv testen, die es nicht sind, oder die andere Corona-Viren in sich tragen. Alles was unter dieser 2,1% Grenze liegt ist also statistisches Rauschen.

Von allen Menschen, die in der letzten Woche getestet wurden, sind 1,19% Sars-CoV-2 positiv, also etwa einer von hundert. In einer U-Bahn mit 1.000 Menschen, wÃ¼rde man sie testen, wÃ¤ren also (statistisch betrachtet) maximal 12 Leute CoV2-positiv. Und bei diesen wÃ¤re es nicht einmal sicher, dass sie wirklich positiv sind, weil es sich im Rahmen der AuflÃ¶sungsunsicherheit des Tests bewegt.

Sars-CoV-2-Impfung?

Â© Prof. Harald Walach

Mittlerweile habe ich das Buch von Clemens Arvay [2] ganz gelesen. Ich kann es nur empfehlen. Vor allem das Kapitel Ã¼ber die Impfstoffe finde ich zentral (S.154 â?? 180). Der Autor erklÃ¤rt dort sehr schÃ¶n, was (m)RNA-Impfstoffe sind: Sie schleusen RNA-Gensequenzen in das Gen-Material unserer Zellen ein; dadurch wird eine typische Sequenz des Virus erzeugt. Daraufhin beginnen unsere Immunzellen immunologische Abwehrreaktionen gegenÃ¼ber diesen Merkmalsproteinen des Virus zu erzeugen, wodurch dann, idealerweise, auch das echte Virus eliminiert wird.

mRNA-Impfungen

Die Technik ist ziemlich neu und eigentlich noch nicht gut genug erprobt, denn es gibt noch keine zugelassene Impfung nach diesem Verfahren. Man kann sich fragen, ob jetzt die Hysterie um das Corona-Virus dazu genutzt wird, um die aus gutem Grund strengen Regularien der Zulassung zu umgehen? Oder wie ist es zu verstehen, dass die Hersteller der Impfstoffe die Regierung um Ã?bernahme der Haftung gebeten haben, fÃ¼r den Fall, dass was schief geht?

Man will den Profit gerne haben, der daraus entsteht, dass die ganze Welt geimpft werden soll, aber falls dann ein paar Tausend Leute schwere SchÃ¤den davon tragen sollten, was man nicht ausschlieÃ?en kann, wenn man die Impfstoffe durch die Zulassung peitscht wie im Moment vorgesehen, dann soll doch bitte die Ã¶ffentliche Hand, also wir alle, dafÃ¼r zahlen? Ich empfehle allen, vor allem den Verantwortlichen, diese Passagen aus Arvays Buch zu studieren.

Das Tamiflu-Desaster

Das Ganze erinnert mich fatal an die Vogelgrippehysterie 2005/2006. Erinnern wir uns: Die WHO hatte damals ebenfalls eine Pandemie ausgerufen und empfahl GrippeprÃ¤parate von Roche und anderen, allen voran Tamiflu. Sie sollten die Ã?bertragung des Virus hemmen und schwere VerlÃ¤ufe bei Erkrankten verhindern. Die Zeitungen liefen vor lauter Lob dieser Substanz Ã¼ber. Die Bundesregierung hortete fÃ¼r Milliarden Euro Tamiflu (und vernichtete diese dann spÃ¤ter wieder fÃ¼r ich weiÃ? nicht wie viel Geld). Erstens kam keine Pandemie. Zweitens war Tamiflu und andere PrÃ¤parate, wie sich nach hartnÃ¤ckiger Recherche herausstellte, bei der die europÃ¤ische ZulassungsbehÃ¶rde die Daten herausrÃ¼cken musste [3], nur wenig therapeutisch und gar nicht prÃ¤ventiv wirksam [4] und hatte ausserdem hÃ¤ufiger Nebenwirkungen als angegeben.

Vektor-Impfstoff ChAdOx1

Der Kandidat, der derzeit beim Rennen um einen Sars-CoV-2-Impfstoff die Nase vorn hat, ist der der Firma Vaccitech aus Oxford (nicht der UniversitÃ¤t, wie oft gesagt wird, sondern einer kommerziellen Spin-off Firma der UniversitÃ¤t). Es handelt sich um einen sog. Virus-Vektor Impfstoff mit dem Namen ChAdOx1, der von Vaccitech patentiert ist und von der Firma AstraZeneca produziert und auf den Markt gebracht wird. Bei diesen Impfstoffen passiert folgendes: Es wird ein Virus, das als harmlos angesehen wird, genetisch verÃ¤ndert transportiert dann Elemente desjenigen Virus, gegen das man eine Immunreaktion erzeugen will. In diesem Fall das Stachelprotein des Corona-Virus. Ã?ber dieses sog. Vektor-Virus, hier ein genetisch verÃ¤ndertes Adeno-Virus, wird dann das Material in die menschlichen Zellen geschleust und eine Immunreaktion provoziert.

Ich habe mir mittlerweile die Daten der zentralen Impfstudie des Vektor-Impfstoffes gegen CoV2 aus Oxford angesehen. [5] Dazu sollte man wissen: Die zentralen Autoren haben finanzielle Interessenkonflikte, weil sie ihr eigenes Patent beforschen, an dem sie spÃ¤ter gut verdienen werden, wenn es in die Fertigung geht.

Bei dieser Studie wurden die erste Phase, die Sicherheitsphase und die zweite, die klinische Phase, bereits ineinander verschoben â?? also mit der klinischen Phase begonnen, bevor die Sicherheitsdaten vorlagen.

Â© Prof. Harald Walach

Insgesamt wurden etwas mehr als 1000 Freiwillige mit einem medianen Alter von 35 Jahren in die Studie aufgenommen, also vor allem junge Leute, die gesund waren. Die Studie macht plausibel, dass der Impfstoff, der Ã¼ber einen genetisch verÃ¤nderten Adeno-Virus die entsprechenden CoV2-Proteine in den KÃ¶rper einbringt, eine AntikÃ¶rper-Reaktion auslÃ¶st. Das ist sichtbar.

Die Studie zeigt auch, dass der Impfstoff problematisch ist. Hier ist eine Tabelle mit Nebenwirkungen. Es sind die Symptome, die erfragt wurden und die innerhalb der Kurzbeobachtungszeit von 4 Wochen auftraten. LÃ¤ngere Beobachtungen, insbesondere Daten Ã¼ber die Langzeitsicherheit, liegen nicht vor. Weil man schon im Vorfeld mit schwereren lokalen Reaktionen gerechnet hatte, die wohl bei solchen Impfstoffen Ã¶fter vorkommen, durften manche Studienteilnehmer in manchen der Studienzentren einen Tag lang im Abstand von 6 Stunden je 1 Gramm Paracetamol, einen Schmerz- und EntzÃ¼ndungshemmer, einnehmen (was im Ã?brigen eine relativ hohe Dosis ist).

Die HÃ¤ufigkeit der Nebenwirkungen unter Paracetamol sind in Klammern angegeben. Hier die Nebenwirkungen in Prozent der Teilnehmer:

Nebenwirkung	HÃ¤ufigkeit in Prozent (unter Paracetamol)
Muskelschmerzen	60% (48%)
KrankheitsgefÃ¼hl	61% (48%)
ErschÃ¶pfung	70% (71%)
FiebergefÃ¼hl	51% (36%)
Fieber bis 38Grad	18% (16%)
Fieber bis 39Grad	8% (2%)
Neutropenie	46%

Falsche Annahmen

Erinnern wir uns: Wir reden von einem Impfstoff, der verhindern soll, dass die Leute eine grippe-Ã¤hnliche Erkrankung kriegen, die in seltenen FÃ¤llen eine LungenentzÃ¼ndung als Komplikation haben kann und ansonsten bei ungefÃ¤hr 20% derer, die die Erkrankung Ã¼berhaupt bekommen, Grippesymptome macht. Nimmt man die Daten aus Deutschland, dann haben lt. RKI bis jetzt ungefÃ¤hr 280.000 Menschen, von denen wir wissen, dieses Virus bekommen, das sind 3,5 Promille der gesamten BevÃ¶lkerung Deutschlands.

Die anderen, die mit dem Virus in BerÃ¼hrung kamen, haben es hÃ¶chstwahrscheinlich deswegen nicht bekommen, weil sie dagegen durch ihre ImmunitÃ¤t, entweder durch KreuzimmunitÃ¤t gegen andere Corona-Viren oder durch ihre natÃ¼rliche, unspezifische Abwehr geschÃ¼tzt sind. Das legt das jÃ¼ngste Editorial des BMJ von Peter Doshi nahe [6], das ich bereits im letzten Blog erwÃ¤hnte.

Im Klartext: Die Annahme war einfach falsch, dass alle Menschen, die mit dem Virus in Kontakt kommen, erstens angesteckt werden und dann zweitens Symptome bekommen.

- Erstens haben sich nicht alle angesteckt,
- und von denen, die sich angesteckt haben, hat nur eine Minderheit Symptome bekommen

Â© Prof. Harald Walach

- und von denen, die Symptome bekommen haben, hat nur eine kleine Minderheit schwere Symptome bekommen und ist gestorben.

Das soll nicht bagatellisieren, dass manche Menschen schwer krank wurden. Ja, wurden sie. Auch nicht, dass manche gestorben sind. Ja, sind sie. Genau das passiert jeden Winter, immer wieder, wenn Infektionen durchs Land ziehen. Manche bekommen Symptome, manche davon schwer, und manche sterben auch. Die Ã?bersterblichkeit der letzten groÃ?en Grippewelle in Deutschland lag bei etwa 25.000 Menschen. Wir reden heute in Deutschland von 9.409 Menschen, die an oder mit CoV2 gestorben sind.

Es ist in der Tat eine schwere Infektionswelle, aber keine, die aus der Reihe schlÃ¤gt. Und nochmals: Das ist nicht deswegen so, weil uns die Regierung und die â??MaÃ?nahmenâ?? geschÃ¼tzt haben, sondern weil uns unser Immunsystem schÃ¼tzt. Ich hatte bereits in den letzten Blogs gesagt: Die sorgfÃ¤ltigen Modellierungen von Wieland [7, 8] und auch andere Analysen [9-11] zeigen, dass die Behauptung nicht haltbar ist, die Lockdown-MaÃ?nahmen seien verantwortlich fÃ¼r die moderate Zahl der Infektionen und TodesfÃ¤lle.

Ein Impfstoff der das Immunsystem schwÃ¤cht?

Und nun sollen wir, vom Steuerzahler finanziert, weil die Regierung anscheinend diesen Impfstoff bereits im Voraus bezahlt hat, mit einem Impfstoff versorgt werden, der bei einer Mehrheit der Personen genau die Symptome erzeugt, die er eigentlich verhindern soll?

Die grippe-Ã¤hnlichen Symptome sind als Nebenwirkung ja verkraftbar, aber die Tatsache, dass bei fast der HÃ¤lfte der Freiwilligen eine deutliche Reduktion der Neutrophilen festgestellt wird â?? einer Fraktion der Lymphozyten, die fÃ¼r die unspezifische Abwehr zentral sind â?? das sollte uns zu denken geben. Denn das heiÃ?t: Wenn in diesem Zeitfenster von einigen Tagen bis zwei Wochen, in denen die Abwehr eingeschrÃ¤nkt ist, ein anderer Erreger des Weges kommt, dann sind wir wÃ¤hrend dieser Zeit schlecht geschÃ¼tzt. Man sollte vielleicht auch noch dazu sagen, dass der Versuch an Primaten, der diesem Test vorausging, ergeben hat, dass die Primaten zwar AntikÃ¶rper bilden, aber die geimpften Affen genauso Viren ausschieden, wie die ungeimpften [12].

War das nicht eines der wichtigsten Argumente fÃ¼r dieses Impfszenario? Man will, dass die Verbreitung des Virus verhindert wird? Wird sie aber nicht. Und nicht vergessen: In der klinischen Studie waren lauter junge Leute, keine Alten, Kranken und Risikopatienten. Wir haben keine Ahnung, wie diese BevÃ¶lkerungsgruppe auf eine solche Impfung reagieren wÃ¼rde. Und wenn wir auf einen wirklich sicheren und gut erprobten Impfstoff hinarbeiten wÃ¼rden, das zeigt Clemens Arvay in seinem Buch sehr deutlich, dann wÃ¼rden wir 7 bis 12 Jahre warten mÃ¼ssen.

Die Pandemie ist â?¦ vorbei

Nein, Frau Bundeskanzlerin, die Pandemie ist nicht erst dann vorbei, wenn ein Impfstoff gefunden wird. Sie ist schon jetzt vorbei, auch ohne Impfstoff. MÃ¶glicherweise kommt irgendwann nochmals die eine oder andere Welle mit diesem Corona-Virus, so wie auch andere Viren in Wellen Ã¼ber uns rollen, ohne dass die Welt untergeht.

Wenn wir auf einen sicheren und funktionierenden Impfstoff warten wollen, dann warten wir noch lange. Vielleicht finden wir ihn nie. Vielleicht finden wir ihn. Aber brauchen wir ihn auch? Diese Frage hat glaube ich noch niemand gestellt. Alle denken, ohne Impfung geht es nicht, weil wir vom Impfmantra der Politiker und Medien hypnotisiert sind: â??Die Pandemie ist erst vorbei wenn ein Impfstoff gefunden ist, die Pandemie ist erst vorbei wennâ?¦â??

Â© Prof. Harald Walach

Ich habe in dieser Pandemie noch keinen dÃ¼mmeren Satz gehÃ¶rt, als diesen. Und nach Sichtung dieser Daten wÃ¼rde ich hinzufÃ¼gen: Ich habe noch nie einen *gefÃ¤hrlicheren* Satz gehÃ¶rt als diesen.

Bedenkt man nÃ¤mlich, dass selbst bei gut geprÃ¼ften Impfstoffen immer wieder zwar seltene, aber schwere Nebenwirkungen vorkommen, dann muss man sich sehr gut Ã¼berlegen, wann man sie anwendet und bei wem. Vor allem bei einer Krankheit, die einen solchen Eingriff nie und nimmer rechtfertigt.

Nebenwirkungen

Vor kurzem wurde in â??Scientific Reportsâ??, einem Nature-Journal, eine Studie vorgestellt, in der die Geschichten von 7 EinzelfÃ¤llen berichtet werden. Sie alle haben schwere Muskel- und Systemerkrankungen bekommen, aufgrund der Aluminiumbeigaben in klassischen Impfstoffen, die an sich gut erprobt sind [13]. Vor allem Aluminium kann Autoimmunprozesse auslÃ¶sen, aber auch andere Stoffe sind problematisch [14].

Wie die FÃ¤lle der 7 Muskelerkrankten zeigen, kÃ¶nnen diese Autoimmunprozesse oft erst nach Monaten sichtbar werden. Solche Impfhilfsstoffe werden beigegeben, um das Immunsystem zu aktivieren. Dazu kommen noch viele Stoffe, die durch den Herstellungsprozess eingebracht werden, meistens Nanopartikel von Metallen, die nicht deklariert werden, weil sie in sehr kleinen Mengen vorkommen. Sie kÃ¶nnen aber durch ihre GrÃ¶Ã?e durchaus immunologisch relevant sein und fÃ¼r heftige Nebenwirkungen sorgen [15].

Machen wir zum Abschluss ein kleines Rechenexempel. Seltene, schwere Nebenwirkungen sind solche die bei weniger als einem von 10.000 FÃ¤llen auftreten. Nehmen wir mal an bei je 10.000 Leuten wÃ¼rde ein solcher schwerer autoimmunologischer Fall auftreten. Das wÃ¤ren dann bei einer BevÃ¶lkerung der GrÃ¶Ã?e von Deutschland, wenn alle geimpft werden, immerhin 8.000 Menschen. Dann sind wir schnell bei der Zahl Menschen, die bis jetzt an oder mit Sars-CoV-2 gestorben sind. Und bei diesen Gestorbenen sind sehr viele, die aufgrund ihres Alters und ihrer Gebrechlichkeit in einem Gesundheitszustand waren, wo sie vielleicht auch rasch einem anderen Erreger erlegen wÃ¤ren. Bei den potenziellen Impfnebenwirkungen reden wir aber von Kindern und jungen Leuten, die diese dann ein Leben lang mit sich tragen.

Und nun wollen wir mit einem Impfstoff, dessen Sicherheit wir Ã¼berhaupt nicht einschÃ¤tzen kÃ¶nnen, die Welt vor einem vermeintlichen Drama bewahren, indem wir mÃ¶glicherweise ein noch grÃ¶Ã?eres Drama heraufbeschwÃ¶ren?

Fazit

Gerade haben belgische Ã?rzte und Pflegende einen offenen Brief an ihre Regierung geschrieben, der sagt, es gebe in Belgien keinen Grund mehr fÃ¼r NotmaÃ?nahmen, denn die Krankheit sei weit weniger problematisch als anfangs befÃ¼rchtet und unser Immunsystem sehr gut in der Lage, damit zurecht zu kommen. Sollte uns das nicht zu denken geben?

Ich frage mich zunehmend, was das soll: Eine Krise wird heraufbeschworen, die wenn Ã¼berhaupt dann hÃ¶chstens eine Kommunikations- und Polit-Krise ist. Das Ende der Krise wird mit dem Vorhandensein eines Impfstoffes verbunden. Der wird gekauft (und teilweise produziert) noch bevor er fertig ist. Und was man Ã¼ber die bisherigen Ergebnisse hÃ¶rt, ist alles andere als Zuversicht einflÃ¶Ã?end.

Wem genau nÃ¼tzt das alles?

Und warum sollten wir das unterstÃ¼tzen?

Und wer hat das Recht so zu handeln?

Â© Prof. Harald Walach

Quellen und Literatur

1. Matheeussen V, Corman VM, Donoso Mantke O, McCulloch E, Lammens C, Goossens H, et al. International external quality assessment for SARS-CoV-2 molecular detection and survey on clinical laboratory preparedness during the COVID-19 pandemic, April/May 2020. Eurosurveillance. 2020;25(27):2001223. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.27.2001223.
2. Arvay CG. Wir kÃ¶nnen es bessser. Wie UmweltzerstÃ¶rung die Corona-Pandemie auslÃ¶ste und warum Ã¶kologische Medizin unsere Rettung ist. KÃ¶ln: Quadriga; 2020.
3. Doshi P, Jefferson T. The first 2 years of the European Medicines Agencyâ??s policy on access to documents: secret no longer. Archives of Internal Medicine. 2013;doi:10.1001/jamainternmed.2013.3838.
4. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;CD008965(April).
5. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, Angus B, Becker S, Belij-Rammerstorfer S, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. The Lancet. 2020;396(10249):467-78. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31604-4.
6. Doshi P. Covid-19: Do many people have pre-existing immunity? BMJ. 2020;370:m3563. doi: 10.1136/bmj.m3563.
7. Wieland T. Flatten the Curve! Modeling SARS-CoV-2/COVID-19 Growth in Germany on the County Level. medRxiv. 2020:2020.05.14.20101667. doi: 10.1101/2020.05.14.20101667.
8. Wieland T. A phenomenological approach to assessing the effectiveness of COVID-19 related nonpharmaceutical interventions in Germany. Safety Science. 2020;131:104924. doi: https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104924.
9. Kuhbandner C. Von der fehlenden wissenschaftlichen BegrÃ¼ndung der Corona-MaÃ?nahmen Heidelberg: Spektrum; 2020 [cited 2020 27.4.]. Available from: https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-begruendung-der-corona-massnahmen/.
10. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Comment on Dehning et al (Science, 15 May 2020, eabb9789: Inferring change points in the spread of COVID-19 reveals the effectiveness of interventions). advance Social Sciences and Humanities Preprint. 2020;Preprint. doi: https://doi.org/10.31124/advance.12362645.v1.
11. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Was Germanyâ??s Corona Lockdown Necessary? Advande â?? Sage Preprint. 2020. doi: 10.31124/advance.12362645.v3.
12. van Doremalen N, Lambe T, Spencer A, Belij-Rammerstorfer S, Purushotham JN, Port JR, et al. ChAdOx1 nCoV-19 vaccination prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. bioRxiv. 2020:2020.05.13.093195. doi: 10.1101/2020.05.13.093195.
13. Kim H, Lim KY, Kang J, Park JW, Park S-H. Macrophagic myofasciitis and subcutaneous pseudolymphoma caused by aluminium adjuvants. Scientific Reports. 2020;10(1):11834. doi: 10.1038/s41598-020-68849-8.
14. GuimarÃ£es LE, Baker B, Perricone C, Shoenfeld Y. Vaccines, adjuvants and autoimmunity. Pharmacological Research. 2015;100:190-209. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.phrs.2015.08.003.
15. Gatti AM, Montanari S. New quality-control investigations on vaccines: Micro- and nanocontamination. International Journal of Vaccines and Vaccination. 2017;4(1):00073. doi: 10.15406/ijvv.2017.04.00072.

Â© Prof. Harald Walach

Date Created
29.09.2020

Â© Prof. Harald Walach