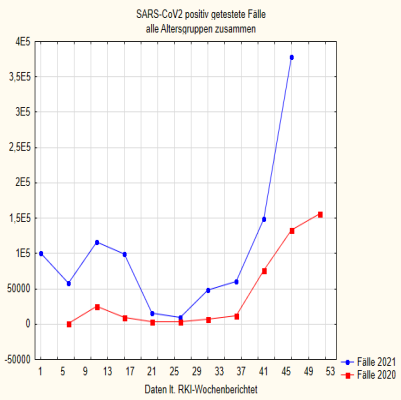


Intensivstationen, Impfpflicht und mehr

Description

Wir beginnen heute mit einem kleinen Quiz. Ich habe vor Kurzem folgenden Text zu den katastrophalen ZustÃ¤nden auf deutschen Intensivstationen in einer wissenschaftlichen Zeitschrift gefunden. Dort wird Ã¼ber eine Umfrage unter den Pflegenden berichtet, und die Autoren schreiben:

> ***Intensivmedizin â?? Versorgung der BevÃ¶lkerung in Gefahr***
>
> â??*Auf die Frage nach einer generellen Unzufriedenheit im Beruf antworteten 68 Prozent* [der befragten Intensivpflegenden] *mit einem â??Jaâ??. Eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren empfanden 97 Prozent der Befragten.*â?? 97 % sagen, dass die Arbeitsbelastung deutlich zugenommen hat und die Arbeitsbedingungen sich deutlich verschlechtert haben. 37 % wollen den Beruf verlassen, 34 % wollen die Arbeitszeit reduzieren. *â??Die GrÃ¼nde fÃ¼r die von den Intensivpflegenden genannten schlechten Arbeitsbedingungen liegen klar auf der Hand. Zu ihnen zÃ¤hlen die hohe Arbeitsbelastung, geringe WertschÃ¤tzung insbesondere durch die KrankenhaustrÃ¤ger, schlechte Betreuungs- und PersonalschlÃ¼ssel sowie die mÃ¤Ã?ige Bezahlung.â??*

Preisfrage: Aus welchem Jahr stammt dieser Text?

Er stammt aus dem Jahr 2019 und bezieht sich auf eine Umfrage aus der Zeit davor [1]. Der Intensivmediziner Karagianidis hat schon damals, am 8. MÃ¤rz 2019, Alarm geschlagen und geschrieben, die Versorgung der BevÃ¶lkerung sei in Gefahr. Und zwar nicht, weil wir zu wenig KapazitÃ¤ten haben, sondern weil wir zu schlecht mit unserem Personal umgehen. In derselben Arbeit stellen Karagianidis und Kollegen fest: Deutschland hat mit Abstand die meisten IntensivbettenkapazitÃ¤ten in Europa. Die Probleme sind struktureller Natur: Die Pflegenden werden zu schlecht bezahlt. Die Kliniken, vor allem die privaten, wollen (und mÃ¼ssen) Gewinne machen und tun dies, indem sie Personalkosten einsparen. Die Arbeitgeber geben den Pflegenden zu wenig WertschÃ¤tzung in Form von angemessener Bezahlung, flexiblen Diensten, ausreichend Zeit etc. Es lohnt sich, die Grafiken der Statistiken in der Originalarbeit anzusehen. Sie sagen alles, was man wissen muss.

Was ist seither geschehen? Hat sich die Politik diese Warnung zu Herzen genommen? Nicht, dass ich wÃ¼sste. Wer es ganz genau wissen will, der mÃ¶ge sich diese Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage im Bundestag am 9.9.2021 ansehen. Die Bundesregierung sieht â??*keinen Bedarf, den Ausbau weiterer*

Â© Prof. Harald Walach

*intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu fördern*â??, lässt die Bundesregierung die Öffentlichkeit im September 2021 wissen. Sie habe ja alles getan, was nötig sei. Ein genauerer Blick auf diese Antwort enthüllt Politikversagen auf der ganzen Linie. Keine zwei Monate später schreit die politische Landschaft von München bis Berlin: Die Ungeimpften verstopfen die Intensivstationen! Notstand! Triage! Hubschrauber!

Und wie genau sieht die Lage aus? Ich empfehle einen Blick auf https://intensivstationen.net/, eine private Initiative des Programmierers Tom Lausen. Er hat sich die Daten des Gesundheitswesens von Grund auf angesehen und einen Weg implementiert, die Daten, die das RKI dem Deutschen Intensivregister zur Verfügung stellt, mit den Daten abzugleichen, die die Abrechnungsstelle der Krankenhäuser meldet; diese sind nämlich präziser. Das Ergebnis stellt er tagesaktuell auf seiner Webseite zur Verfügung. Sieht man sich diese an, dann erkennt man: Die Reserven haben zwar leicht abgenommen â?? Herr Lausen sagt in einem Interview warum â?? von einer Überlastung kann jedoch keine Rede sein. Auf dieser Seite ist auch ein Hinweis auf sein neues Buch, in dem die Details geschildert werden. Hier sei so viel dazu gesagt:

Falsches Anreizystem

Mit dem aktuellen Krankenhausfinanzierungsgesetz wird ein altes Schema abgelöst. In dem alten Schema erhielten Krankenhäuser Zuschüsse, wenn sie Intensivbetten bereithielten. Das hieß: Betten, bei denen Sauerstoffanschlüsse, evtl. auch Sauerstoffgeräte zur Verfügung standen. Mehr nicht. Jetzt erhalten sie Ausgleichszahlungen für abgesagte Operationen, 50.000 â?¬ je OP, wenn die Intensivstationen mindestens zu 75 % belegt sind, wenn eine gewisse Anzahl dieser Belegungen Covid-19 Patienten sind und noch einige andere Bedingungen erfüllt sind. Die abgesagten OPs müssen per Liste nachgewiesen werden. Karl Lauterbach nannte das in einem Bild-Interview im Sommer â??Einladung zum Betrugâ??. Ob er das heute auch noch so sieht und was dran ändert? Wir dürfen gespannt sein.

Ich rate allen Lesern, sich etwas in das Interview mit Tom Lausen und seine Webseite zu vertiefen. Denn dann wird klar:

1. Wir haben nicht zu wenig Intensivbetten. Wenn wir ein Problem haben dann folgendes: Wir haben ein Gesundheitssystem, das die falschen Anreize setzt und das Personal schlecht entlohnt, vergrault und daher Engpässe schafft. Das ist schon lange so, nicht erst seit Corona. Ich habe das schon 2011 und dann nochmals vor einigen Jahren diskutiert [2].
2. Die Coronakranken sind nicht das Problem. Man sieht an dieser Grafik: Sie machen jetzt und machten immer einen sehr kleinen Prozentsatz aller Betten aus. Ca. 32.000 Menschen sind im Laufe einer Woche auf Intensivstationen. Etwa 5.000 davon sind Coronapatienten, sagt Herr Lausen. Selbst wenn alle dieser Patienten ungeimpft wären, würden keine ungeimpften Coronapatienten die Intensivstationen verstopfen, weil diese Patienten überhaupt nichts verstopfen. Es war immer schon so, dass manche Stationen im Winter in der Grippe Zeit voll waren und Patienten anderswohin verlegt wurde. Das war Routine. Nur standen damals keine Kamerawagen vor den Krankenhäusern.
3. Die Corona-Patienten auf Intensivstationen sind mehrheitlich sehr alte Menschen über 80. Dieses Durchschnittsalter hatten Patienten auf Intensivstationen schon immer. Unsere Gesellschaft hat den Umgang mit dem Tod verlernt. Sie schiebt ihn in die Intensivstationen, wo mit den alten, schwerkranken Menschen â?? ich sage bewusst nicht Patienten â?? noch alles Mögliche, manchmal sinnvolles, oft unsinniges, gemacht wird, was den Tod noch um ein paar Tage, ein paar Wochen hinauszögert. Das generiert Geld. Das meiste Geld, das Krankenkassen in das Gesundheitssystem zahlen, wird in den letzten Lebenswochen eines Menschen fällig. Eben wegen der vielen Intensivbehandlungen. Das hat mit Corona reichlich wenig zu tun, sondern mit einem fehlgeleiteten Anreizsystem im Gesundheitswesen.

Â© Prof. Harald Walach

4. Die stÃ¤rkste Belastung der Intensivstationen in den letzten Jahren war in den Wintermonaten Ende 2019, Anfang 2020, also noch bevor die Pandemie ausgerufen wurde. MÃ¶glicherweise war das Virus da ja schon unerkannt unter uns. MÃ¶glicherweise war es einfach das normale Winterchaos mit schweren Atemwegsinfekten alter Menschen, an denen sehr viele von ihnen im Normalfall sterben.

Es ist also falsch zu sagen, Corona wÃ¤re ein Problem, weil das Gesundheitssystem dadurch Ã¼berlastet wird. Das Gesundheitssystem war in den Wintermonaten schon immer Ã¼berlastet, und zwar nicht wegen Corona, sondern wegen einer schlechten Gesundheitspolitik. Es wÃ¤re gut, wenn das mal irgendjemand von den Verantwortlichen, jetzt wÃ¤re Lauterbach an der Reihe, zugeben wÃ¼rde. AufhÃ¶ren wÃ¼rde, mit falschen Argumenten Spaltung in die Gesellschaft zu tragen.

Ungeimpfte sind nicht das Problem

Die Ungeimpften sind Ã¼berhaupt an gar nichts schuld. Dieses Narrativ, das offenbar in letzter Zeit vor allem von sehr unbedarften Stimmen in der Presse und der Politik bedient und von unzÃ¤hligen Social-Media Aktivisten aufgegriffen wird, ist ein Spaltpilz allerersten Ranges. Es spaltet die Gesellschaft in einer Weise, wie wir es in Deutschland schon sehr lange nicht mehr erlebt haben. Es ist deshalb so perfide, weil es sachlich â?? sehr leicht nachprÃ¼fbar â?? falsch ist.

Erst gerade hat ein sehr illustres Autorenteam [3] im British Medical Journal ein House of Lords-Paper gestÃ¼tzt. Dieses warnt davor, eine Impfpflicht fÃ¼r Medizinpersonal in England einzufÃ¼hren [4].

Die Autoren [3] weisen auf folgende Fakten hin:

1. Die Weitergabe der Infektion ist zwischen Geimpften und Ungeimpften gleich [5]; das wurde soeben in einer Studie in einem US-amerikanischen GefÃ¤ngnis wieder gezeigt [6]. Im Klartext: Die Impfung schÃ¼tzt nicht vor Weitergabe der Infektion und unterbricht keine Infektionsketten.
2. Die Impfungen sind nebenwirkungstrÃ¤chtig. Beispielsweise ist Myokarditis nach der ersten Impfung um den Faktor 1,42 erhÃ¶ht, nach der zweiten Impfung um 5,34 (das sind die standardisierten Inzidenzraten gegenÃ¼ber der Hintergrundinzidenz) und besonders hoch bei jungen MÃ¤nnern zwischen 16 und 20 [7]. Dort betragen sie 13,60 und bei jungen Frauen 6,74. Wer geimpft wird als junger Mann und unter 20 ist, hat also ein um den Faktor 13,6 erhÃ¶htes Risiko eine Myokarditis zu kriegen. Und Myokarditis ist kein Muskelkater. Das ist eine EntzÃ¼ndung des Herzmuskelgewebes. Ja, heilt oft aus, nach drei Wochen oder so, aber manchmal eben auch nicht und manchmal ist sie auch tÃ¶dlich. Der Punkt ist, dass die allermeisten das normalerweise gar nicht kriegen wÃ¼rden, aber nach Impfung steigt das Risiko. Das in einer Gruppe, die praktisch nicht von MorbiditÃ¤t, geschweige denn von MortalitÃ¤t durch SARS-CoV2 bedroht ist.
3. Was besonders bedenklich ist, ist die Tatsache, dass diese Risiken mit einer zweiten Impfung ansteigen. Die Risikodifferenz ist 3,19 auf 100.000 von der ersten zur zweiten Impfung. Es ist davon auszugehen, dass sie bei weiteren Impfungen noch mehr ansteigen werden. Die Autoren [3] weisen darauf hin, dass es keinerlei Studien und Daten zu den Booster-Impfungen gibt, die jetzt gefordert werden. Was ist das fÃ¼r ein System, in dem Leute, die keinerlei Datengrundlage haben, Ã¶ffentlich fordern kÃ¶nnen, man mÃ¼sse Menschen eine Impfung verabreichen, von der sie weder wissen, ob sie wirkt â?? noch, ob sie sicher ist? Vor einem Jahr hÃ¤tte man das nicht demokratisch genannt. Heute stÃ¶Ã?t sich kaum mehr jemand dran, weil die Angst offenbar grÃ¶Ã?er geworden ist. Wir kennen alle das PhÃ¤nomen, dass wenn das Licht sehr schlecht ist und die Sonne sehr niedrig steht, sogar der Schatten von Zwergen wie ein Riese wirkt.
4. Die Impfungen sind extrem schlecht untersucht. Anders als in der verÃ¶ffentlichten Meinung behauptet, haben die klinischen Studien, die die Wirksamkeit der Impfungen belegen sollen, nie ein relevantes Outcome als Zielparameter gehabt. Keine einzige Studie hat MorbiditÃ¤t und MortalitÃ¤t untersucht,

Â© Prof. Harald Walach

hÃ¶chstens symptomatisches Covid-19, abgefragt mit einer mobilen App. Die Datengrundlage fÃ¼r solch weitreichende Entscheidungen wie Impfpflicht ist denkbar schlecht, um nicht zu sagen miserabel. Die Studien wurden rasch und schlampig durchgefÃ¼hrt [8]. Die Daten stehen fÃ¼r den Ã¼berwiegenden Teil nicht zur VerfÃ¼gung, viele Studien sind noch nicht abgeschlossen, sondern was wir haben sind Vorab-Berichte. Mittlerweile hat eine kanadische BÃ¼rgerrechtsbewegung per Gerichtsentscheid die Herausgabe von vertraulichen Studiendokumenten erzwungen. Sie wurden am 17.11.21 und am 13.12.21 zur VerfÃ¼gung gestellt und datieren auf den 30.4.21, sind also einigermaÃ?en alt. Es spricht BÃ¤nde, dass man Ã¶ffentlich relevante Dokumente per Gerichtsentscheid erstreiten muss.

5. Viele Studien sind mittlerweile entblindet, sodass wir keine Langzeitbeobachtungen haben. Darauf weisen Peter Doshi und Kollegen hin [9, 10]. Und, darauf weise ich immer wieder hin: Es gibt keine Studie an einer groÃ?en Zahl von Menschen, sagen wir einer Million, die nach der Impfung Ã¼ber einen ausreichend langen Zeitraum aktiv beobachtet wurden. Ich frage immer alle mÃ¶glichen Leute. Bis jetzt hat mir noch keiner eine solche Studie gezeigt und meines Wissens ist auch keine in Arbeit.
6. Ich fÃ¼ge noch folgenden Punkt dazu: Wenn man sehr genau hinsieht, erkennt man, dass der Schaden, den diese Impfungen mÃ¶glicherweise anrichten, den Nutzen aufwiegt. Es mag ja stimmen, dass kurzfristig das Infektionsrisiko gesenkt wird und Erkrankungen etwas milder verlaufen, wenn man sich SARS-CoV2 einfÃ¤ngt und vorher geimpft war. Aber je genauer man hinsieht, umso deutlicher erkennt man bedenkliche Signale. Zum Beispiel weisen Kardiologen auf eine HÃ¤ufung kardiologischer und vaskulÃ¤rer Probleme hin [11-13].

Risiko-Nutzen AbschÃ¤tzungen

Dies hat dazu gefÃ¼hrt, dass einige Autoren in einer RisikoabschÃ¤tzung zu dem Schluss kommen, dass die mÃ¶glichen TodesfÃ¤lle, die auf die Impfung als Ursache zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind, die TodesfÃ¤lle, die durch eine Impfung verhindert werden, Ã¼bersteigen [14]. Das Problem ist, dass wir es nicht wissen, weil wir die entsprechenden Daten nicht haben. Wir haben keine klinischen Studien, die mit MortalitÃ¤t oder Hospitalisierung als Outcome gearbeitet hÃ¤tten und daher belegen kÃ¶nnten, dass die Impfungen TodesfÃ¤lle und Krankenhauseinweisungen verhindern. Das saugen wir uns aus wackeligen Statistiken heraus. Und wir haben keine Langzeitbeobachtungen, die genau dokumentieren, wieviele TodesfÃ¤lle und schwere Nebenwirkungen auf das Konto der Impfungen gehen. Wir tappen also im Nebel. Kostoff und Kollegen [14] argumentieren: In empirischen Studien habe sich gezeigt, dass die Nebenwirkungen, die von passiven Meldesystemen wie dem US-amerikanischen Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) oder dem deutschen Paul-Ehrlich Institut erfasst werden, nur etwa 1 % der tatsÃ¤chlichen Daten ausmachten.

Das hat kÃ¼rzlich die Canadian Covid-Care Alliance in einer PrÃ¤sentation deutlich gemacht, hier das Video, in der sie die letzten Daten aus der Pfizer-Zulassungsstudie und ihre Probleme besprechen, sowie eine vertrauliche Sicherheitsstudie von Pfizer, die auf der oben genannten Webseite erhÃ¤ltlich ist.

In der im November publizierten Pfizer-Studie [15], die eine 6-monatige Beobachtung enthÃ¤lt, halten sich vermutlich Vor- und Nachteile die Waage. Die EffektivitÃ¤t, also die relative Ã?berlegenheit des Impfstoffes bei der Verhinderung von symptomatischen Infektionen ist 91 %, also eindrÃ¼cklich. Man muss aber bedenken: Wir reden von 81 von 22.186 Personen, also 0,36 %, in der Impfgruppe und 873 von 22.320 Personen in der Placebogruppe oder 3,9 %. Das ergibt die ImpfeffektivitÃ¤t von 91 % und zwar auf dem Hintergrund einer sehr niedrigen PrÃ¤valenz. Anders ausgedrÃ¼ckt: Nur sehr wenige Menschen, geimpft oder ungeimpft, werden Ã¼berhaupt krank. WÃ¼rde man ein hartes klinisches Outcome in einer solchen Studie verwenden, Tod oder Krankenhauseinweisung, dann mÃ¼ssten man sicher um den Faktor 100, womÃ¶glich sogar 1.000 Mal mehr Menschen in eine solche Studie aufnehmen, um Ã¼berhaupt einen Effekt sehen zu kÃ¶nnen. Das sind die klinischen Ergebnisse, die wirklich interessieren, zu diesen machen all diese Studien keine Aussagen. Aber wenn

Â© Prof. Harald Walach

es um Impfung geht, mÃ¼ssen eben sehr viele geimpft werden, um einen Todes- oder ernsten Krankheitsfall zu verhindern. Und all diese sind den mÃ¶glichen Nebenwirkungen ausgesetzt. Daher weist diese PrÃ¤sentation darauf hin, dass zwar deutlich weniger FÃ¤lle, eben 91 % weniger auftreten, dafÃ¼r aber 300 % mehr Nebenwirkungen, 75 % mehr schwere Nebenwirkungen und 10 % mehr sehr schwere Nebenwirkungen, nÃ¤mlich 127 in der Behandlungsgruppe und 116 in der Kontrollgruppe, sowie 20 TodesfÃ¤lle (einschlieÃ?lich Covid-19-TodesfÃ¤lle) in der Behandlungsgruppe und 14 in der Placebogruppe. In der Placebogruppe treten 2 Covid-19-TodesfÃ¤lle auf, in der Behandlungsgruppe 1. Neun von den TodesfÃ¤llen in der Impfgruppe sind aufgrund von Herz- und GefÃ¤Ã?problemen, in der Placebogruppe sind es 5. Die Anzahl der tÃ¶dlichen Nebenwirkungen ist also in der Behandlungsgruppe um 142 % grÃ¶Ã?er.

Impf-Nebenwirkungen und Impf-TodesfÃ¤lle in den passiven Monitoringsystemen

Die erwÃ¤hnte PrÃ¤sentation der Canadian Covid Care Alliance bespricht auch einen der Sicherheitsberichte, die Pfizer vorgelegt hat und der am 17.11.21 freigeben wurde. Dieser Sicherheitsbericht ist passiv, stammt also nicht aus einer aktiven Nachverfolgung, wie man sie eigentlich brÃ¤uchte, sondern erwÃ¤hnt einfach Meldungen. Insgesamt 42.086 Meldungen gab es. Ich zeige die Zusammensetzung in Tabelle 1, die aus dem Bericht stammt.

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

Characteristics		Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17 18-30 31-50 51-64 65-74 ≥ 75 Unknown	175[a] 4953 13886 7884 3098 5214 6876
Case outcome:	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old.

Tabelle 1 aus dem Sicherheitsbericht von Pfizer. (Quelle)

Man sieht: 1.223 Menschen sind als Impffolge verstorben, 11.361 haben sich noch nicht erholt, bei 9.400 wissen wir es nicht und knapp 20.000 haben sich wieder erholt. Ist das viel oder wenig? Wir wissen auch das nicht, weil der Bericht die Basiszahl geimpfter Personen, auf die sich das bezieht, nicht nennt. Die Daten beziehen sich auf die ersten drei Monate der Impfkampagne, schÃ¤tze ich, weil er vom 30.4.21 stammt. Mehr als 10.000 ernste Nebenwirkungsmeldungen beziehen sich auf das zentrale Nervensystem. Seltene, aber sehr schwere Nebenwirkungen sind etwa Demyelinisation, eine Art Multipler Sklerose, die in der 6-monatigen Wirksamkeitsstudie [15] berichtet wird. Sie wird bei 2 Patienten in 10.000 berichtet und ist doppelt so hÃ¤ufig unter der Impfung als unter Placebo. Optische Neuritis, eine EntzÃ¼ndung des optischen Nervs wird ebenfalls bei

Â© Prof. Harald Walach

2 von 10.000 berichtet und kommt in der Placebogruppe nicht vor. Wenn man bedenkt, dass 3 % aller Meldungen TodesfÃ¤lle sind und wir nicht mit Sicherheit wissen, in welchem MaÃ?e die Impfung TodesfÃ¤lle verhindert, weil das nicht untersucht wurde, dann frage ich mich, wie man solche Impfstoffe als gut beforscht und sicher bezeichnen will. Ich glaube das kann nur jemand tun, der ahnungslos gegenÃ¼ber professionellen Standards ist oder der alle Augen zudrÃ¼ckt.

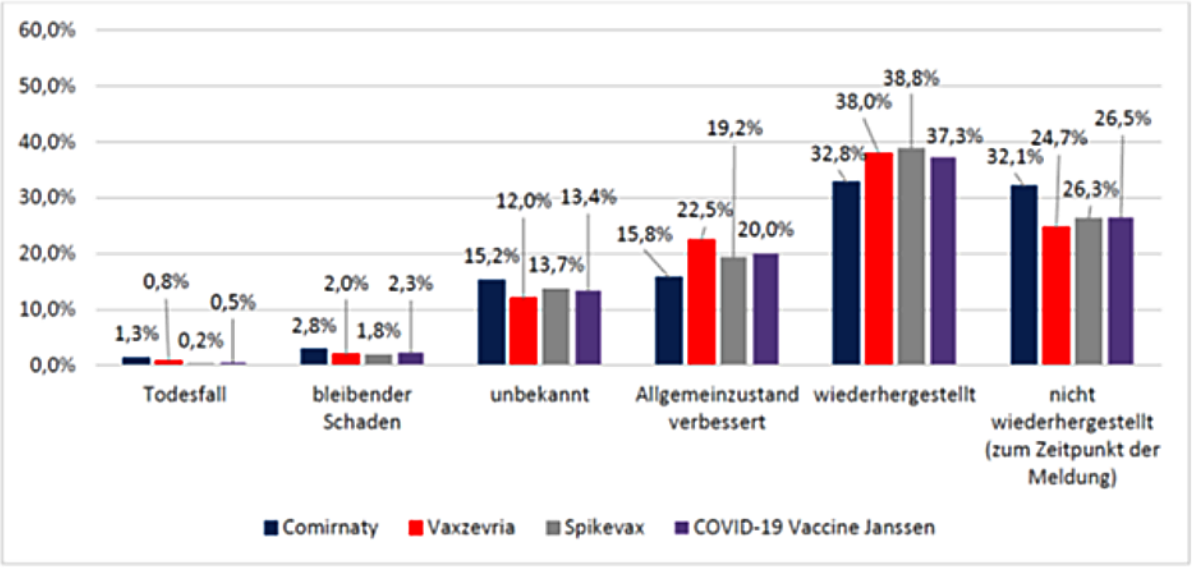
Paul-Ehrlich-Institutsbericht: Sicherheitsdaten

Das Paul Ehrlich Institut (PEI) etwa berichtet in seinem letzten Bericht, der bis inkl. 30.9.21 geht (ich empfinde es als einen Skandal, dass in einer solch sensiblen Sache Daten mit zweimonatiger VerspÃ¤tung zur VerfÃ¼gung gestellt werden):

1,6 VerdachtsfÃ¤lle auf 1.000 Impfdosen, 0,2 schwere. In 1.802 FÃ¤llen wurde Ã¼ber tÃ¶dlichen Ausgang berichtet. Das sind 1,7 TodesfÃ¤lle auf 100.000 Impfungen. Die Verteilung zeigt das PEI in dieser Grafik in Abbildung 1. Wenn Kostoff [14] recht hat, wÃ¤ren das nur 1 % aller TodesfÃ¤lle. Die hollÃ¤ndische Nebenwirkungsdatenbank hat 4,4 TodesfÃ¤lle auf 100.000 Impfungen [16], die US-amerikanische VAERS 3,4 TodesfÃ¤lle auf 100.000 Impfungen verzeichnet [17]. Nehmen wir 4 als BasisschÃ¤tzer und nehmen Kostoffs empirische 99 % Regel, dann wÃ¤ren 396 TodesfÃ¤lle aufgrund einer Impfung auf 100.000 Impfungen zu erwarten. Jetzt kann sich jeder selber Ã¼berlegen, ob das viel oder wenig ist. Aus meiner Sicht ist es zu viel, zumal viele dieser TodesfÃ¤lle, nicht zu vergessen die Nebenwirkungen, bei jÃ¼ngeren Menschen auftreten werden. Diese jÃ¼ngeren Menschen hÃ¤tten ein zu vernachlÃ¤ssigendes Risiko gehabt, an Covid-19 zu versterben oder schweren Schaden an der Krankheit zu nehmen.

Wir haben soeben eine reprÃ¤sentative Umfrage abgeschlossen, die wir demnÃ¤chst als Preprint zur VerfÃ¼gung stellen werden und dann hoffentlich bald publizieren kÃ¶nnen. Dort berichten 16 % von etwa 800 befragten Geimpften Ã¼ber ernste Nebenwirkungen. Das finde ich viel.

Abbildung 2: Ausgang der gemeldeten Reaktionen in Prozent aller gemeldeten Ereignisse zu einem Impfstoff, dargestellt für einzelne COVID-19-Impfstoffe



Â© Prof. Harald Walach

Abbildung 1 â?? Ausgang der gemeldeten Reaktionen in Prozent aller gemeldeten Ereignisse bis zum 30.9.21. Quelle: Paul-Ehrlich-Institut Sicherheitsbericht 30.9.21

MÃ¶gliche Mechanismen der Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen, die bei diesen Impfungen zu erwarten sind, dÃ¼rften vor allem aufgrund der autoimmunologischen Komponenten entstehen. Denn die Spike-Proteine gelangen in alle mÃ¶glichen Organe, wie die japanische Zulassungsstudie von Pfizer zeigt [18]. Dort regen sie eine Immunreaktion an â?? und zwar je Ã¶fter, umso mehr. Diese kann sehr leicht entgleisen. Der Prozess, der zumindest im Tierversuch klar belegt ist [19], ist bedenklich. Noch bedenklicher ist, dass das Spike-Protein auch im Zellkern VerÃ¤nderungen hervorrufen kann, die die DNA-Reparaturmechanismen beeintrÃ¤chtigen [20].

Wir haben also bereits ausreichend viele Ideen, warum es zu Nebenwirkungen kommt, nÃ¤mlich aufgrund der gleichen Mechanismen, warum es zu bestimmten Erkrankungen bei Covid-19 Krankheit kommt: Prof. Sucharit Bhakdi und Prof. Arne Burkhardt erlÃ¤utern das in einer kÃ¼rzlich aufgenommenen PrÃ¤sentation und beschreiben das in einer eidesstattlichen ErklÃ¤rung. Das Spike-Protein lÃ¶st alle mÃ¶glichen Probleme aus. Der Unterschied ist, dass es bei einer natÃ¼rlichen Infektion nur im Ausnahmefall ins System gelangt. Meistens bleibt es an der Schleimhautbarriere hÃ¤ngen, macht dort EntzÃ¼ndungen, die abheilen und Immunschutz hinterlassen. Die mRNA-Impfungen bringen das Antigen in die Blutbahn. Denn die Muskeln, in die es gespritzt wird, sind sehr gut durchblutet und die kationischen NanolipidkÃ¶rper, die das Antigen umhÃ¼llen und die Aufgabe haben, seinen sofortigen Abbau zu verhindern, fÃ¼hren dazu, dass es dann, wenn es in die Blutbahn gelangt, an alle mÃ¶glichen Orte im KÃ¶rper kommt, in die GefÃ¤Ã?e, ins Herz, eigentlich Ã¼berallhin, bevor die Lipide abgebaut und das Spike-Protein freigesetzt wird. Wo auch immer es dann ist, lÃ¶st es eine immunologische Reaktion aus. Diese kann zu einer autoimmunologischen ZerstÃ¶rung der entsprechenden Zellen fÃ¼hren. Wenn es gut geht, reguliert das Immunsystem dann die Reaktion wieder herunter. Wenn es dumm geht, entgleist sie. Prof. Arne Burkhardt zeigt in seiner PrÃ¤sentation die Daten einer kleinen Autopsiestudie. Bei allen 15 FÃ¤llen hat er groÃ?e Ansammlungen von Killerlymphozyten gefunden, die zum autoimmunologisch vermittelten Tod gefÃ¼hrt haben. Alle FÃ¤lle hatten als Gemeinsamkeit die Impfung und dass Verwandte eine Autopsie gefordert haben, weil sie einen Zusammenhang vermutet haben. Dieser hat sich pathologisch bestÃ¤tigt. In keinem Fall wÃ¤ren die BehÃ¶rden von sich aus aktiv geworden und in keinem Fall wÃ¤re dieser Todesfall mit dieser Impfung in Verbindung gebracht worden, hÃ¤tte man nicht genau untersucht. Offenbar attackiert das Immunsystem Stellen im KÃ¶rper, wo Zellen das Spike-Protein gebildet haben.

Der Punkt ist: Diese Impfungen verwenden einen unphysiologischen Weg, weil die Antigene in die Blutbahn, nicht an die Schleimhaut gebracht werden. Und sie setzen nur auf AntikÃ¶rper als SchutzmaÃ?nahme â?? und zwar zirkulierende, nicht zellstÃ¤ndige an der Schleimhaut. Das, was bei einer natÃ¼rlichen Erkrankung zum Immunschutz fÃ¼hrt, entfÃ¤llt: der Weg Ã¼ber die SchleimhÃ¤ute, die Bildung eines langfristigen ImmungedÃ¤chtnisses. Mit jeder neuen Impfung, das zeigen die Daten, wird die Gefahr einer Ã?berreaktion des Immunsystems und damit von ernsthaften Nebenwirkungen grÃ¶Ã?er.

Das Narrativ vom Killervirus fÃ¼hrt ins Abseits

All das ist nur denkbar vor dem Hintergrund des Narrativs vom Killervirus und vor allem der Angst, die in der BevÃ¶lkerung erzeugt wurde. Wir hÃ¤tten solche Zahlen nie und nimmer bei einer Grippeimpfung akzeptiert oder bei einer normalen Arzneisubstanz, die neu zugelassen wird. Vioxx wurde vom Markt genommen, nachdem etwa 160.000 Patienten einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen hatten; viele von ihnen starben. All das war der Firma Merck schon lange bekannt [21, 22]. MÃ¼ssen wir warten, bis sich die Zahl der Toten um den Faktor 100 erhÃ¶ht? Wenn die bislang bekannte Zahl ein Vierteljahr abdeckt, dann mÃ¼ssen wir nicht mehr

Â© Prof. Harald Walach

allzu lange warten.

Warum sind diese Impfstoffe so unentbehrlich? Sie verhindern keine Infektionen, ihr Schutz ist nach einem halben Jahr verschwunden [23] und erfordert eine weitere Impfung, Ã¼ber deren Sicherheit und EffektivitÃ¤t wir noch weniger wissen als Ã¼ber die ersten zwei. Das, was sie verhindern, nÃ¤mlich eine SARS-CoV2-Infektion, die in manchen FÃ¤llen zu einer Krankheit und in sehr wenigen FÃ¤llen zu einer schweren Krankheit und in noch weniger FÃ¤llen zum Tod fÃ¼hrt, und zwar vor allem bei Menschen jenseits der 70 und 80, ist der Sache nach nicht sehr viel anders als die bekannten schwereren Grippewellen der frÃ¼heren Jahre, wie das RKI selbst gesagt hat [24]. Was allerdings anders ist, das ist die mediale Aufmerksamkeit und Bewertung. Sie allein hat aus einer saisonalen Erkrankung ein Killervirus gemacht. GÃ¤be es keine Kameras und keine Dashboards [25], gÃ¤be es kein Covid-19, wage ich einmal zu behaupten, jedenfalls nicht in der gegenwÃ¤rtigen PrÃ¤senz. Es gÃ¤be eine schwere ErkÃ¤ltungswelle. Es gÃ¤be manche Kranke, die an einer schwer behandelbaren LungenentzÃ¼ndung erkranken und von diesen manche, die daran sterben, vor allem wenn sie sehr alt oder sehr krank sind. Aber es gÃ¤be kein Killervirus-Narrativ.

Und einzig und allein dieses Narrativ rechtfertigt diese Entscheidungen: angefangen von Notzulassungen von Impfstoffen bis zur politischen Debatte um eine Impfpflicht. Sachlich ist diese Impfpflicht nicht zu rechtfertigen und zu begrÃ¼nden. Die Daten, mit denen argumentiert wird, sind nachweislich falsch. Die Argumente sind nachweislich schief, ja unlauter. Wie ist es zu bewerten, wenn eine Regierung eine solche Strategie verfolgt? Die Mehrheit ist in einem Narrativ gefangen, das Alternativlosigkeit suggeriert. Alternativlosigkeit ist immer falsch. Denn sie signalisiert einfach Fantasielosigkeit und TechnokratenmentalitÃ¤t.

Soeben hat der PrÃ¤sident der Ã?sterreichischen Ã?rztekammer Ã?rzten gedroht, die Patienten zur Vorsicht raten und die Impfkampagne nicht unterstÃ¼tzen. Die Ã?rzte wehren sich in einem offenen Brief und fordern den PrÃ¤sidenten zum RÃ¼cktritt auf.

Lockdown

Ein Freund sagte mir: â??Ja, aber man muss doch unterscheiden. Die heutige Situation haben wir ohne Lockdown, dafÃ¼r mit Impfung. Die Situation letztes Jahr hatten wir mit Lockdown, aber ohne Impfung. Da war sie doch schlimmer. Also muss die Impfung doch was bringen, oder?â??

Klingt auf den ersten Blick Ã¼berzeugend. Bis zu dem Punkt, wo man sich die Lockdown-Wirkungen genauer ansieht. Hierzu sei auf zwei Studien verwiesen. Die eine haben wir selber soeben publiziert [26] und bis 30.1.21 kann man sie hier frei abrufen. Sie zeigt: Die originale Modellierung [27], die den ersten Lockdown als wirksam bewertet, basiert auf falschen Daten. Nimmt man die richtigen, verschwindet der Effekt. Die zweite Studie wurde ebenfalls soeben publiziert [28]. Sie zeigt am Beispiel Argentiniens, das den lÃ¤ngsten und schÃ¤rfsten Lockdown auf der Welt hatte, im Vergleich zum Nachbarland Uruguay, das keinen hatte, dass diese MaÃ?nahme Ã¼berhaupt keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen hatte. Dieses wiederum lÃ¤sst sich stark durch die saisonalen Schwankungen der UV-Strahlung erklÃ¤ren. Ich hatte darauf ja schon mehrfach hingewiesen: Ã?ber verschiedene LÃ¤nder hinweg betrachtet, zeigen die Daten, dass diese Non-Pharmacological Interventions oder â??MaÃ?nahmenâ?? nur minimale Effekte haben [29, 30]. Daher lÃ¤sst sich aus diesem Argument auch kein indirekter Beleg fÃ¼r die Wirksamkeit der Impfungen ableiten.

MortalitÃ¤t und MorbiditÃ¤t: Mit und ohne Impfung in Deutschland

Aber man sollte doch einen Effekt sehen kÃ¶nnen, wenn wir MorbiditÃ¤tsdaten von 2020 mit denen von 2021 vergleichen, oder? Denn 2021 hatten wir ja die Impfung und diese, ich erinnere daran, sollte ja die Krankheitslast

Â© Prof. Harald Walach

reduzieren, alles verbessern, das Leben normalisieren. Also sollten wir weniger FÃ¤lle 2021 als 2020 sehen und auch weniger TodesfÃ¤lle 2020 als 2021, richtig?

Ich hatte schon darauf hingewiesen: in Italien ist es nicht so. Dort gibt es 2021 nur unwesentlich weniger TodesfÃ¤lle als 2020, dafÃ¼r deutlich mehr Krankheits- und IntensivfÃ¤lle [31]. Etwas Ã¤hnliches zeigt sich in Deutschland, wenn man die Daten des RKI hernimmt. Abbildung 2-4 zeigen die TodesfÃ¤lle 2020 und 2021 in verschiedenen Altersgruppen, Abbildung 5 die Gesamtzahl in beiden Jahren. Die Darstellungen sind Ã¼ber 5 Wochen geglÃ¤ttet, um sie leichter lesbar zu machen.

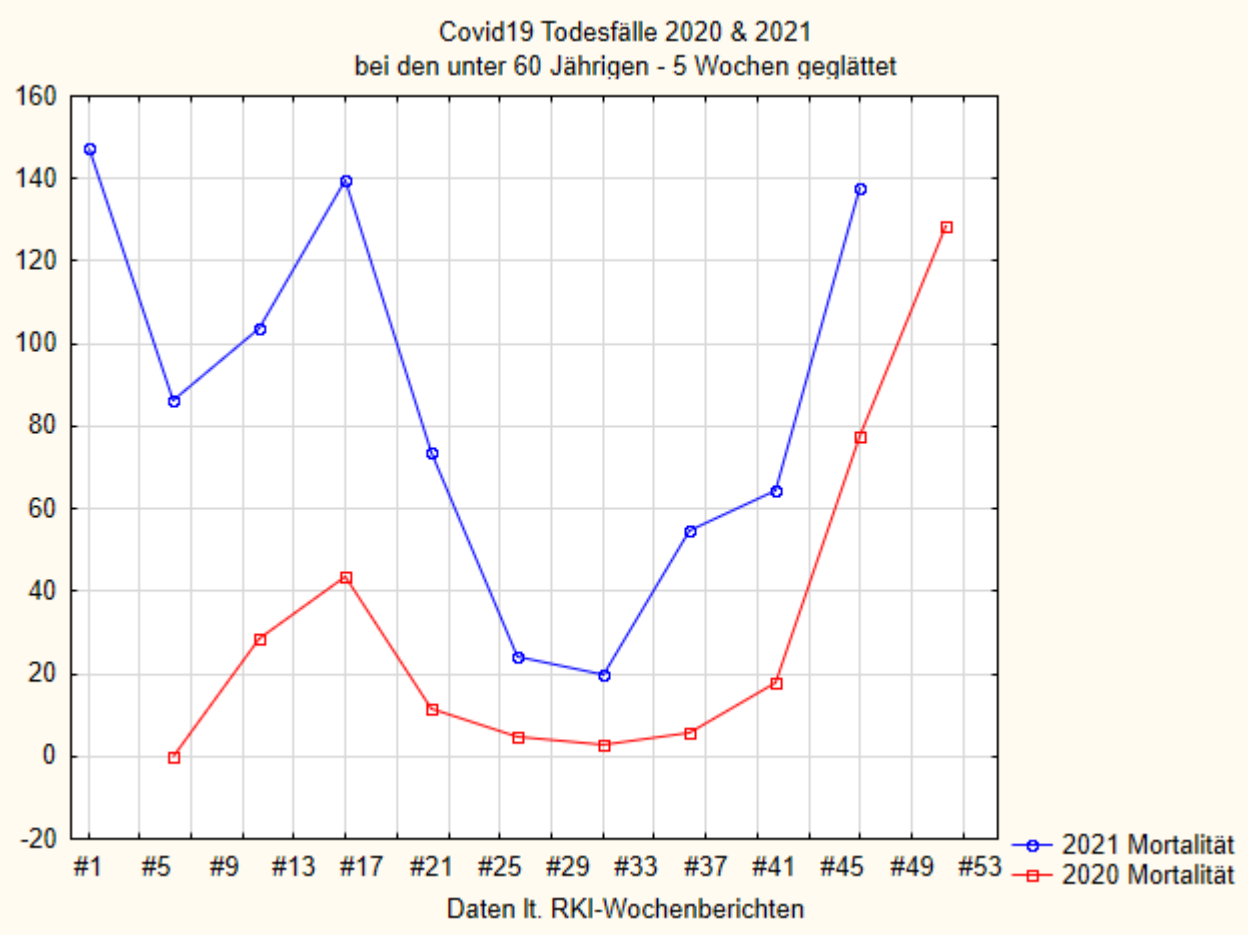


Abbildung 2 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle bei den unter 60-JÃ¤hrigen in 2020 und 2021

Â© Prof. Harald Walach

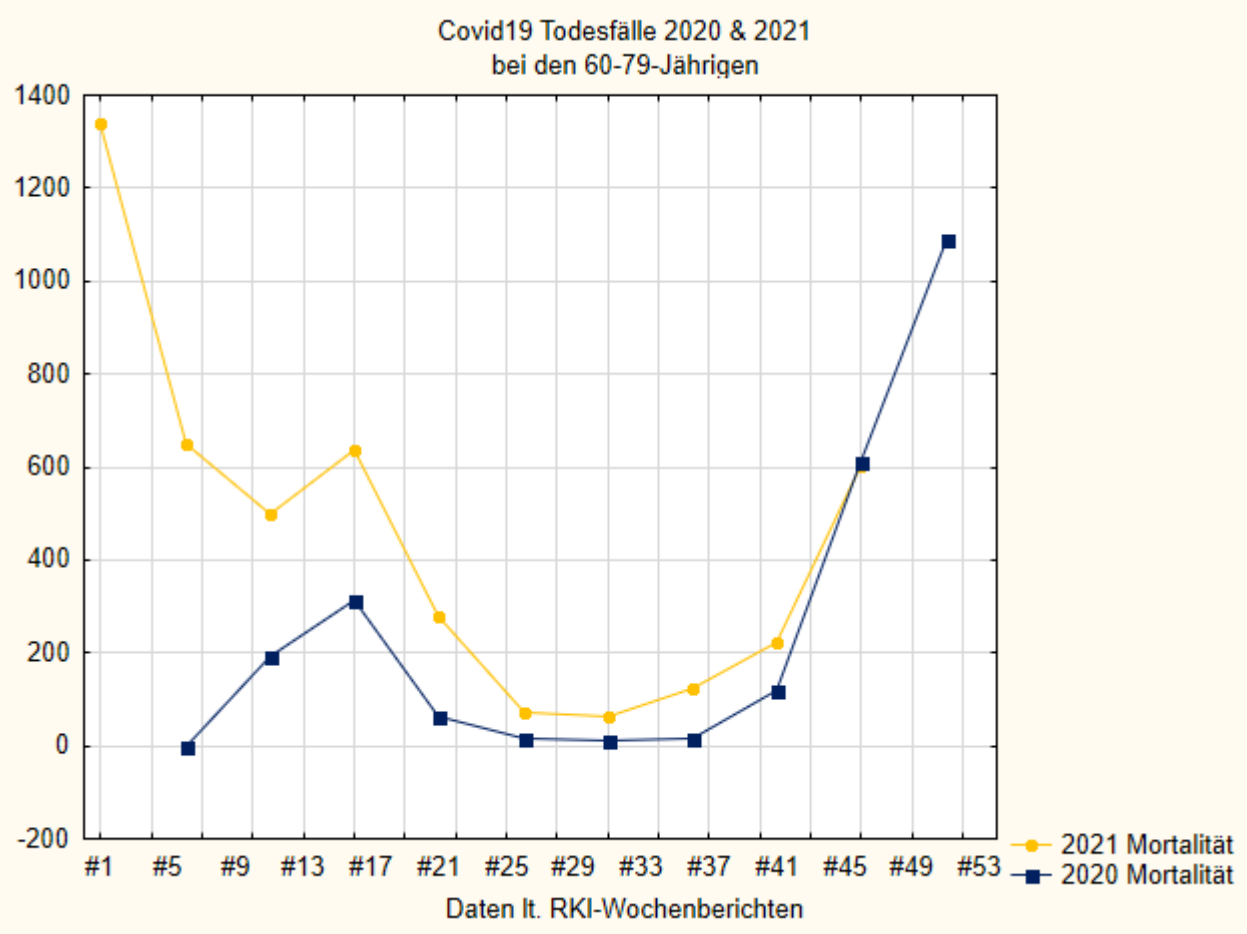


Abbildung 3 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle bei den 60â??79-JÃ¤hrigen in 2020 und 2021

Â© Prof. Harald Walach

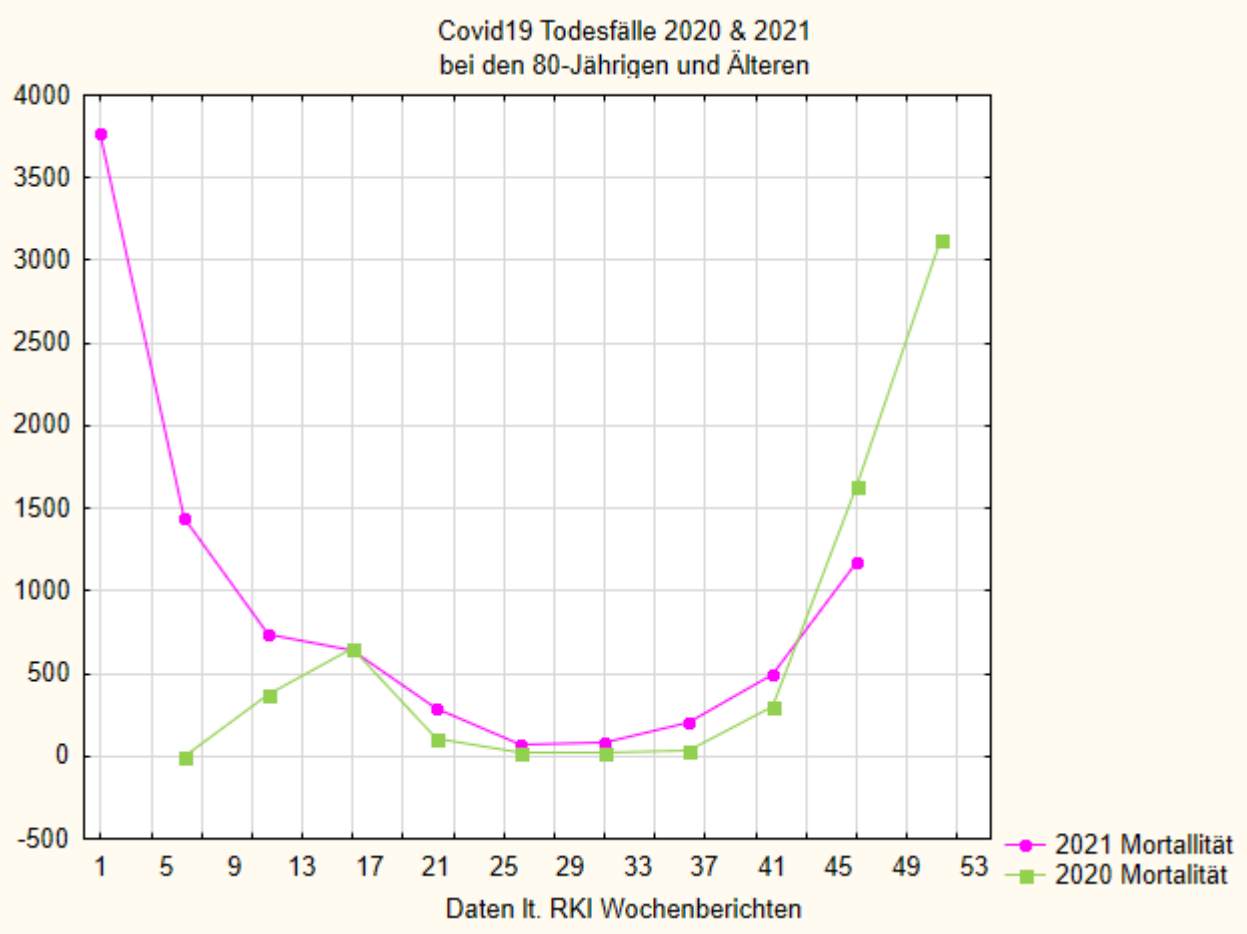


Abbildung 4 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle bei den 80-JÃ¤hrigen und Ã?lteren in 2020 und 2021

Â© Prof. Harald Walach

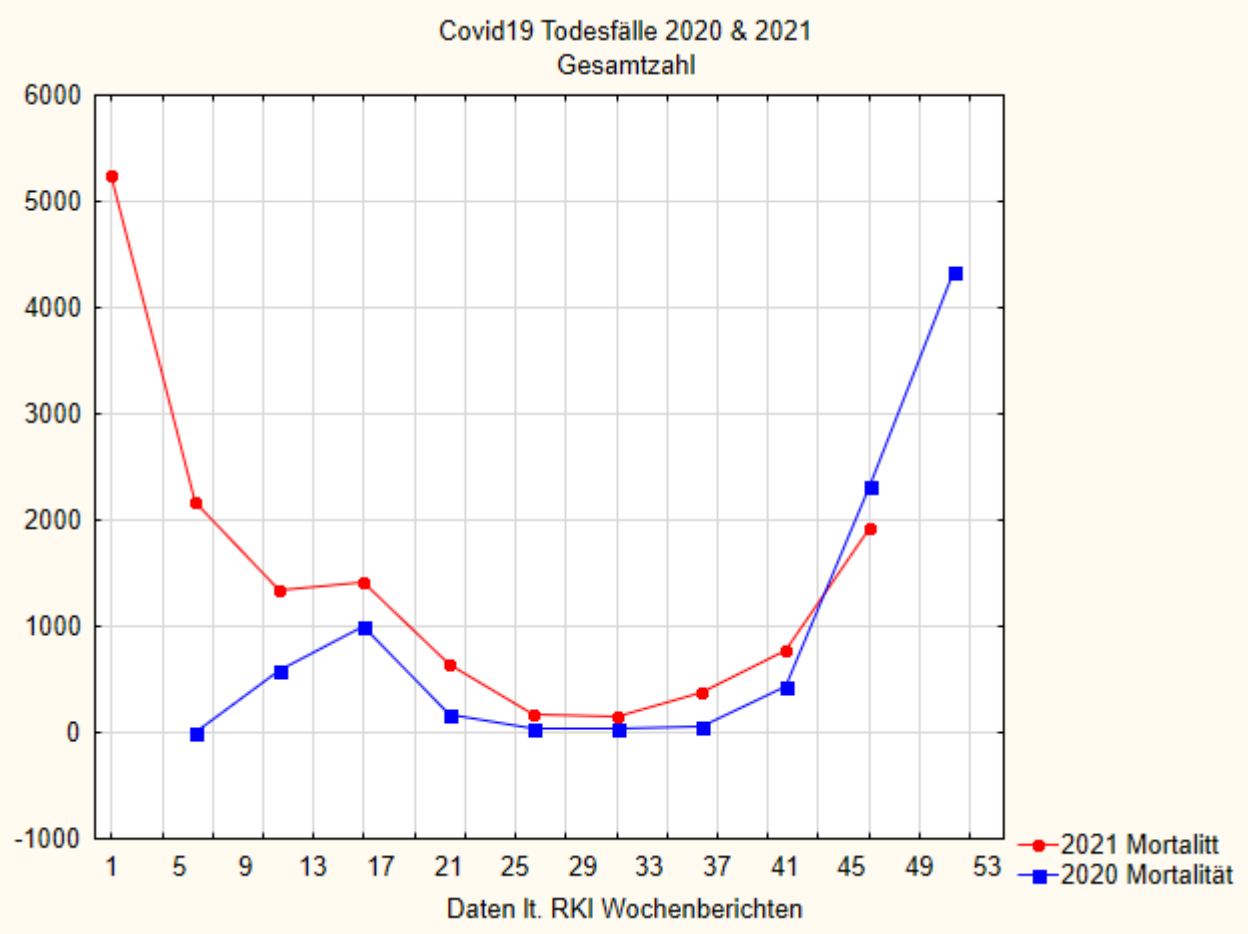


Abbildung 5 â?? Covid-19 TodesfÃ¤lle â?? Alle Altersgruppen zusammen in 2020 und 2021

Wenn wir erst Abbildung 5 mit allen Altersgruppen zusammen betrachten, also alle Menschen, die lt. RKI â??mit oder anâ?? Covid-19 gestorben sind, dann sieht man, dass die MortalitÃ¤t im Jahr 2021 in allen FÃ¤llen Ã¼ber der des Vorjahres liegt, bis auf die letzten Wochen. Da das RKI immer mit etwas VerspÃ¤tung Daten berichtet und auch viele NachtrÃ¤ge spÃ¤ter kommen, sind diese letzten Datenpunkte nicht ganz sicher. Gegen Ende 2020 steigt die MortalitÃ¤tskurve stark; das war die zweite Welle Ende letzten Jahres. Dort begann auch die Impfkampagne. Entsprechend dieser Intervention sank dann auch die Zahl der Toten rasch Anfang 2021. Aber interessanterweise steigt sie im Mai wieder an, wo man an sich einen weiteren kontinuierlichen Abfall erwarten mÃ¼sste und bleibt dauerhaft Ã¼ber der Kurve des Vorjahres.

Bei den 80-JÃ¤hrigen und Ã¤lteren (Abbildung 4) ist der Abfall am deutlichsten und die Diskrepanz am geringsten, aber auch hier noch zu sehen. Je jÃ¼nger die Menschen, die im Jahr 2021 geimpft werden, umso grÃ¶Ã?er ist die Diskrepanz.

Sehen wir uns die positiv getesteten FÃ¤lle an, dann sehen wir eine sehr Ã¤hnliche Situation. Ich stelle in Abbildung 6 einfach die Anzahl der gesamten FÃ¤lle pro Woche dar, wieder geglÃ¤ttet im 5-Wochenfenster, je fÃ¼r 2020 und 2021. An sich mÃ¼sste man diese Zahlen auf die Anzahl der Tests standardisieren. Aber da das RKI diese Zahlen immer noch nicht in den Wochenberichten bereitstellt und es mir zu mÃ¼hsam war, diese Zahlen zusammenzusuchen, habe ich diese Standardisierung unterlassen. FÃ¼r unsere Zwecke tun es auch diese Zahlen. Die Darstellung der Altersgruppen getrennt, spare ich mir; dort ist es Ã¤hnlich wie in Abbildungen 2-4.

Wir sehen auch hier, dass im Jahr 2021 die Anzahl der FÃ¤lle hÃ¶her war als im Jahr 2020.

Â© Prof. Harald Walach

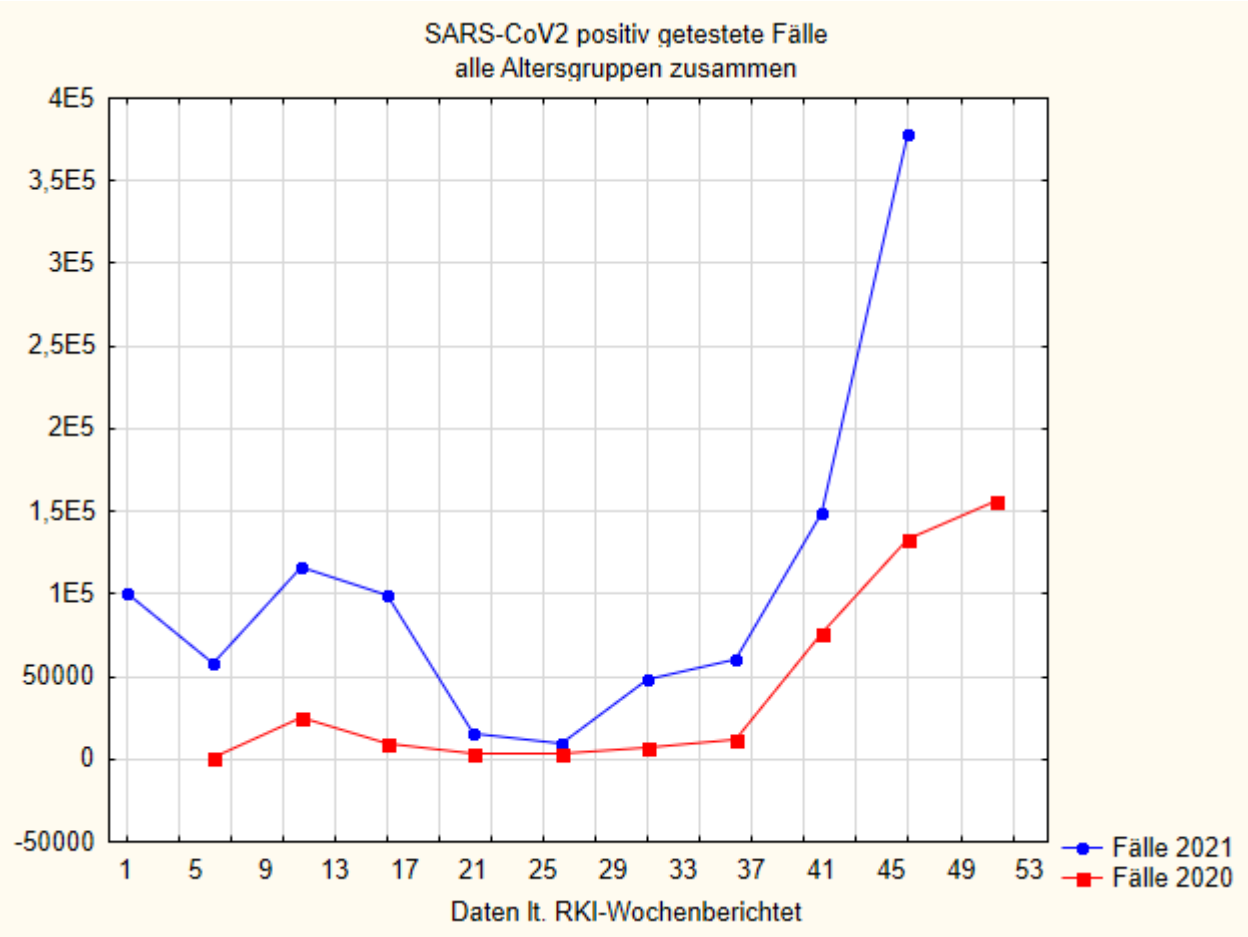


Abbildung 6 â?? Gesamtzahl aller SARS-CoV2 positiven FÃ¤lle in den Jahren 2020 und 2021

Anfang des Jahres 2021, als die Impfkampagne einsetzt, gehen die FÃ¤lle zurÃ¼ck, um dann wieder anzusteigen und sogar wÃ¤hrend des Sommers weiter anzusteigen. Sie liegen immer deutlich Ã¼ber den Zahlen des Jahres 2020 und steigen jetzt, gegen Ende des Jahres dramatisch an.

Der steile Anstieg in der 42. Kalenderwoche 2021 fand statt, obwohl zu diesem Zeitpunkt bei den 18-59-JÃ¤hrigen die Impfquote bei Ã¼ber 72 % lag und bei den Ã?lteren schon frÃ¼her eine 75-80-prozentige Durchimpfung stattgefunden hat.

Wie sieht es mit den Hospitalisierungen aufgrund von Covid-19 aus? Genauso. In allen drei Altersgruppen sind die Hospitalisierungszahlen im Jahr 2021 hÃ¶her, und zwar in jeder Woche als im Jahr 2020, bis auf die letzten Wochen, aber das ist vermutlich der BerichtsverzÃ¶gerung beim RKI geschuldet. Ich gebe hier in Abbildung 7 die Gesamtzahl aller Hospitalisierungen wieder. Es ist auch hier leicht ersichtlich, dass im Jahr 2021, in dem eigentlich ein deutlicher Effekt der Impfungen hÃ¤tte sichtbar sein mÃ¼ssen, gar nichts sichtbar ist. In den Wochen 26/27 nÃ¤hern sich die Kurven an. Das ist ein Mittelungsartefakt. Denn hier liegen die Fallzahlen nahe beisammen, aber in jeder Woche dieser Sommerzeit liegen die Hospitalisierungen 2021 deutlich Ã¼ber denen von 2020. Vor allem steigen sie wÃ¤hrend des Sommers 2021 wieder sehr deutlich an, zu einer Zeit, in der die Impfquote schon deutlich Ã¼ber 60 % lag.

Â© Prof. Harald Walach

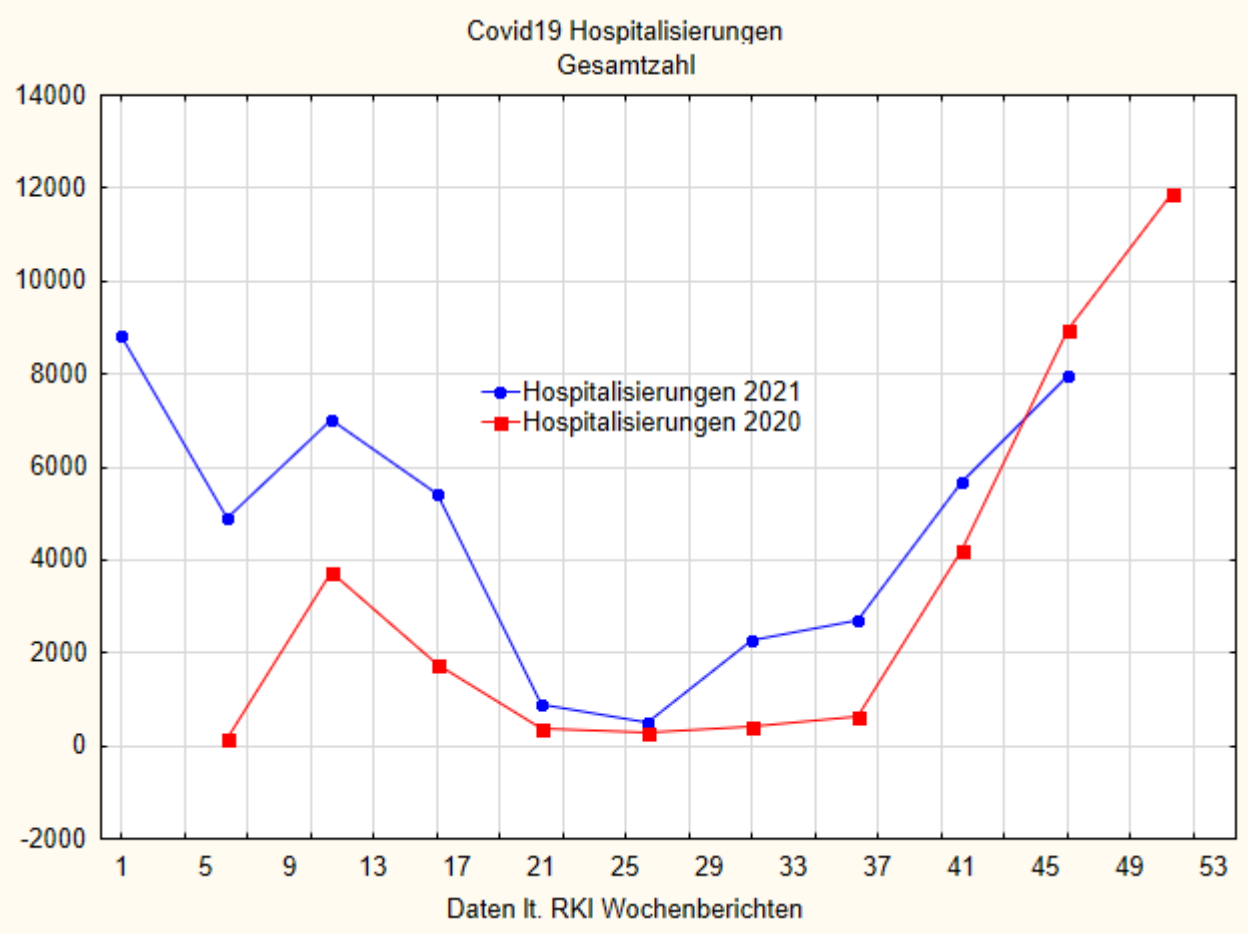


Abbildung 7 â?? Gesamtzahl aller Covid-19 bedingten Hospitalisierungen

FÃ¼r die, denen diese Grafiken nicht geheuer sind, hier eine einfache statistische Zusammenfassung in der folgenden Tabelle 2. Ich habe die Mittelwerte Ã¼bers Jahr, die Standardabweichungen und die EffektgrÃ¶Ã?e des Unterschiedes ausgerechnet, sowie einen einfachen statistischen non-parametrischen Vergleich. Die EffektstÃ¤rke d ist ein UnterschiedsmaÃ? der beiden Mittelwerte, standardisiert auf die gemittelte Standardabweichung.

	2020	2021	p-Wert	EffektstÃ¤rke d
TodesfÃ¤lle	830,4 (1.260,4)	1.402,9 (1.531,5)	<.0001	0.41
Test-Positive	40.491 (53.478)	91.944 (91.056)	<.0001	0.71
Hospitalisierungen	3.313 (3.777)	4.486 (2.990)	<.0001	0.35

Tabelle 2 â?? Mittelwerte (Standardabweichungen) der TodesfÃ¤lle, test-positiven FÃ¤lle und Hospitalisierungen Ã¼ber das Jahr hinweg, statistische Testung (Wilcoxon Test) und EffektstÃ¤rke.

Wir sehen: in jedem Fall ist der Wert 2021 statistisch signifikant hÃ¶her als im Jahr 2020. Die EffektgrÃ¶Ã?en sind nicht sehr groÃ?, aber deutlich.

Verhindern Impfungen Fallzuwachs und Zuwachs an TodesfÃ¤llen in der Welt?

Â© Prof. Harald Walach

Ich habe noch eine letzte Analyse anzubieten. Sie lehnt sich an Subramanian [32] an. Diese Studie fand keinerlei Effekt von Impfungen auf Zuwachszahlen von FÃ¤llen in den USA und in anderen LÃ¤ndern. Ich habe Daten vom Johns Hopkins University Dashboard verwendet, die mir freundlicherweise Prof. MÃ¼ller zur VerfÃ¼gung gestellt hat. Dies sind Fallzahlen, Todeszahlen und 4-wÃ¶chige Zuwachszahlen dieser beiden Variablen, sowie die auf die Population standardisierte Anzahl Impfungen in einem Land fÃ¼r 190 LÃ¤nder dieser Erde (von Afghanistan bis Zambia; Deutschland, die USA, Uruguay und Argentinien sind auch dabei). Ich habe diese Zahlen sowohl fÃ¼r den 2.12.2021 als auch fÃ¼r den 11.12.2021. Die Datenauswahl ist zufÃ¤llig; die Idee dahinter: die gleiche Analyse an zwei unterschiedlichen Stichtagen zu ziehen, um die VariabilitÃ¤t, die auf Fehler zurÃ¼ckgeht, abzupuffern. AuÃ?erdem kann man mit zwei unterschiedlichen Zeitpunkten Korrelationen vorwÃ¤rts und rÃ¼ckwÃ¤rts in der Zeit rechnen.

Korrelationen sind ZusammenhangsmaÃ?e. Sie stellen den Zusammenhang zwischen zwei Variablen standardisiert dar. Gibt es keinen Zusammenhang, ist der Korrelationskoeffizient r = 0 oder nahe 0. Ist der Zusammenhang perfekt, ist die Korrelation r = 1.0. Ist der Zusammenhang perfekt antikorreliert, ist die Korrelation r = -1.0. Dazwischen pendeln Korrelationskoeffizienten. In unserem Falle mÃ¼ssten wir eigentlich sehen, dass die Korrelation zwischen Todeszahl und Fallzahl in einem Land umgekehrt mit der Anzahl Impfungen zusammenhÃ¤ngt, wenn die Impfungen irgendeinen Effekt haben sollten. Denn die Idee ist ja: je mehr geimpft wird, umso besser, also umso weniger FÃ¤lle und umso weniger TodesfÃ¤lle. Dies ist jetzt wohlgemerkt eine weltweite Analyse. LÃ¤nder, die weniger impfen, gehen genauso ein wie solche, die viel impfen.

Wenn man die Korrelation auf den Zuwachs der FÃ¤lle und TodesfÃ¤lle rechnet, also die Differenz zu den vier Wochen davor, dann sieht man, ob die Impfung darauf einen Einfluss hat. Dadurch, dass ich hier die Daten mit einem Abstand von 9 Tagen habe, kann ich auch den Zusammenhang mit der Anzahl der Impfungen zum frÃ¼heren Zeitpunkt mit den Zahlen 9 Tage spÃ¤ter errechnen, und umgekehrt. Diese zeitversetzten Korrelationen sind ein schlechter Ersatz fÃ¼r Kausalanalysen. Denn KausalitÃ¤t hat zur Bedingung, dass die Ursache der Folge vorausgeht, also hÃ¶here Impfanzahl zum Zeitpunkt 1 muss einen grÃ¶Ã?eren Zusammenhang mit der Fallzahl (und Todesfallzahl) zum Zeitpunkt 2 haben als hÃ¶here Impfanzahl zum Zeitpunkt 2 mit Fallzahl zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt. Dies funktioniert natÃ¼rlich nur, wenn sich dazwischen auch eine signifikante Ã?nderung einstellt. Das habe ich geprÃ¼ft und es ist der Fall: Die Anzahl der Impfungen Ã¤ndert sich zwischen den 9 Tagen signifikant und deutlich.

Wir erwarten also, wenn die Impfung einen positiven Effekt hat:

1. Einen stark negativen Zusammenhang zwischen Anzahl der populationsstandardisierten Impfungen in einem Land mit der Anzahl der FÃ¤lle, TodesfÃ¤lle und Zuwachsraten
2. Einen deutlich negativen Zusammenhang zwischen Anzahl der Impfungen zu einem Zeitpunkt und Fallzahl und Anzahl der Toten zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt
3. Eine Korrelation, die deutlich niedriger ist fÃ¼r die umgekehrte Reihenfolge

Nichts von alledem ist der Fall. Ich stelle die Daten in Tabelle 3 dar. Es handelt sich um robuste Rangkorrelationen (Spearmanâ??s rho) und alle Korrelationskoeffizienten sind *statistisch signifikant in die falsche Richtung*. Wir sehen sofort: Keine einzige Korrelation ist negativ, wie eigentlich zu erwarten wÃ¤re, wenn die Impfungen irgendeinen positiven Effekt erkennen lassen wÃ¼rden (also je mehr Impfungen, umso weniger TodesfÃ¤lle und FÃ¤lle, umso weniger Fallzuwachs). Die Zeit-vorwÃ¤rts-Korrelation ist ebenfalls signifikant positiv und nicht anders als die Zeit-rÃ¼ckwÃ¤rts-Korrelation. Hier hÃ¤tte man mindestens einen kleinen Unterschied erwartet und eine negative Korrelation mit den Zuwachszahlen. Nichts davon ist sichtbar.

Â© Prof. Harald Walach

	Gesamtzahl FÃ¤lle	Gesamtzahl TodesfÃ¤lle	FÃ¤lle letzte 4 Wochen	TodesfÃ¤lle letzte 4 Wochen	4 Wochen Zuwachs an FÃ¤llen	4 Wochen Zuwachs an TodesfÃ¤llen
Zeitgleiche Korrelation Impfquote am 11.12.21	.40	.27	.45	.26	.39	.26
Zeitgleiche Korrelation Impfquote am 2.12.21	.45	.25	.39	.25	.38	.25
Impfquote 2.12.21. mit Daten 11.12. (vorwÃ¤rts)	.44	.25	.39	.26	.38	.25
Impfquote 11.12.21 mit Daten 2.12. (rÃ¼ckwÃ¤rts)	.46	.26	.40	.26	.39	.26

Tabelle 3 â?? Korrelation der auf 100.000 Einwohner standardisierten Impfquote mit der Gesamtzahl der FÃ¤lle, TodesfÃ¤lle, den FÃ¤llen und TodesfÃ¤llen der letzten 4 Wochen und dem Zuwachs in 4 Wochen; fÃ¼r Daten des 11.12.21, des 2.12.21. sowie zeitversetzte Korrelationen der Impfquote zum Zeitpunkt 2.12.21 mit Daten des 11.12.21 und umgekehrt; Spearmanâ??s Rangkorrelation Ã¼ber 190 LÃ¤nder; Daten JHU Dashboard.

Um es also nochmals in Worten zusammenzufassen:

- Je mehr Impfungen zu einem Zeitpunkt in irgendeinem Land der Welt, umso mehr FÃ¤lle und TodesfÃ¤lle werden in diesem Land berichtet, umso mehr FÃ¤lle und TodesfÃ¤lle gab es in den letzten 4 Wochen und umso hÃ¶her ist der Zuwachs an FÃ¤llen und TodesfÃ¤llen in 4 Wochen.
- Dies zeigt sich ziemlich Ã¤hnlich zu zwei Zeitpunkten, die 9 Tage auseinander liegen
- Eine Korrelation der Impfquote zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt (am 2.12.21) mit den Fallzahlen, Todeszahlen und Zuwachszahlen zu einem Zeitpunkt 9 Tage spÃ¤ter ist ebenfalls positiv, und vor allem:
- Sie ist in keiner Weise von einer rÃ¼ckwÃ¤rts gerichteten Korrelation zu unterscheiden

Die Daten sind also nicht annÃ¤hernd so gestaltet, wie man sie erwarten wÃ¼rde, wenn die Impfkampagne irgendwelche Effekte hÃ¤tte.

Ich muss selbstkritisch sagen: Die zeitversetzten Korrelationen kÃ¶nnen keine definitive Aussagekraft beanspruchen. Dazu mÃ¼sste man viel grÃ¶Ã?ere ZeitabstÃ¤nde wÃ¤hlen. Ich schlage vor, dass diejenigen, die mir nicht glauben oder meinen, ich hÃ¤tte hier einen Fehler gemacht, eine solche Analyse machen, vielleicht mit unterschiedlichen ZeitabstÃ¤nden und Zeitpunkten. AuÃ?erdem sollte man auch nicht den Fehler machen, die positive Korrelation kausal zu interpretieren: LÃ¤nder, die mehr impfen, haben mehr TodesfÃ¤lle, vielleicht weil sie mehr impfen. Oder sie impfen mehr, weil sie mehr TodesfÃ¤lle haben und daher meinen, mehr impfen wÃ¼rde sie verhindern. Aber wir kÃ¶nnen klar sagen: Ein statistisches Signal dafÃ¼r, dass Impfungen TodesfÃ¤lle verhindern, ist definitiv nicht zu erkennen. Denn dann mÃ¼sste die Korrelation klar negativ sein. Und das ist sie nicht.

Â© Prof. Harald Walach

Interpretation

Es gibt aus meiner Sicht drei mÃ¶gliche Interpretationen fÃ¼r all diese Daten und Analysen:

1. Die Impfung verhindert mÃ¶glicherweise Infektionen nur kurzfristig. Man kÃ¶nnte den RÃ¼ckgang der Infektionszahlen Anfang 2021 so interpretieren, als noch im Winter die Infektionen zurÃ¼ckgingen (Abbildung 6, blaue Kurve). Aber dass sie dann im Mai wieder anstiegen, wo normalerweise, im Jahr davor zum Beispiel, die Infektionen zurÃ¼ckgehen, passt nicht ins Bild. Das heiÃ?t: Ihre Wirkung ist sehr begrenzt.
2. Die Impfung verhindert mÃ¶glicherweise nur die FÃ¤lle, die auf die Virusvariante zurÃ¼ckgehen, fÃ¼r die sie ursprÃ¼nglich ausgelegt war. Kommt eine neue, ist der Impfschutz dahin. Die LÃ¶sung, dass man bei jeder neuen Variante einen neuen Impfstoff braucht, zwei- bis fÃ¼nfmal im Jahr, mag ja eine gute Idee fÃ¼r die Industrie sein, die die Stoffe herstellt, weil sie sich damit eine Cash-Maschine gebaut hat. Aber sie ist eine sehr schlechte Idee fÃ¼r die, die die Impfstoffe kriegen, weil mit jeder Impfung die Gefahr einer autoimmunologisch vermittelten Entgleisung steigt (siehe oben).
3. Die Impfung trÃ¤gt womÃ¶glich sogar zu einer Steigerung der Empfindlichkeit bei, wenn eine neue Virusvariante auf dem Anmarsch ist. MÃ¶glicherweise trÃ¤gt sie sogar dazu bei, dass durch Mutation aggressivere VirusstÃ¤mme entstehen, wie manche mutmaÃ?en [28, 33, 34], weil dadurch ein hÃ¶herer Evolutionsdruck auf das Virus ausgeÃ¼bt wird. Denn bei jeder viralen Replikation in einem Organismus gibt es immer ein paar Fehlkopien. Wenn diese von einem Immunsystem, das durch eine Impfung, die das System auf eine sehr enge Erkennung von Virusmerkmalen eingestellt hat, Ã¼bersehen werden, dann kÃ¶nnen sie sich weitervermehren und der Geimpfte wird zu einem schwachen Ausscheider einer impfresistenten Variante, die dann um sich greifen kann. Mit einer natÃ¼rlichen ImmunitÃ¤t, die eine sehr viel breitere Erkennung von Viruslandschaften bereitstellt, wÃ¼rde so etwas nicht so leicht passieren.
4. Oder die Impfungen richten aufgrund eines noch nicht erkannten Sicherheitssignals mehr Schaden an, als sie nÃ¼tzen, oder zumindest mehr, als wir denken.

Keine dieser vier Optionen wÃ¤re fÃ¼r sich gesehen schon sonderlich schmeichelhaft fÃ¼r die Impfung, und es ist nicht gesagt, dass nicht auch mehrere zutreffen kÃ¶nnten.

Also muss man aus meiner Sicht aus all diesen Daten und Ã?berlegungen folgern:

Schlussfolgerung

Es gibt keine Datenbasis dafÃ¼r, die Impfung als wirklich nÃ¼tzlich zu bewerten. Es gibt schon gar keine Datenbasis dafÃ¼r, sie als wirklich wirksam in der Lebenswelt zu bewerten. Es gibt keine Datenbasis dafÃ¼r, sie als sicher zu bewerten. Und daher gibt es auch Ã¼berhaupt keine Datenbasis fÃ¼r eine wissenschaftlich abzuleitende Impfpflicht.

Quellen und Literatur

1. Karagiannidis C, Hermes C, Krakau M, LÃ¶ffert K, Welte T, Janssen U. Versorgung der BevÃ¶lkerung in Gefahr. Deutsches Aerzteblatt. 2019;116(10):A462-6.
2. Walach H. Heilung kommt von innen: Selbstverantwortung fÃ¼r die eigene Gesundheit Ã¼bernehmen. MÃ¼nchen: Knaur Verlag; 2018.

Â© Prof. Harald Walach

3. Moncrieff J, GÃ¸tzsche PC, May R, Dalla-Valle G, Brown R, Dawson L, et al. Evidence does not justify mandatory vaccines â?? everyone should have the right to informed choice. British Medical Journal. 2021;375:n2957.
4. Kmietowicz Z. Evidence is insufficient to back mandatory NHS staff vaccination, says House of Lords committee. British Medical Journal. 2021;375:n2957. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n2957.
5. Singanayagam A, Hakki S, Dunning J, Madon KJ, Crone MA, Koycheva A, et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. The Lancet Infectious Diseases. 2021. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4.
6. Salvatore PP, Lee CC, Sleweon S, McCormick DW, Nicolae L, Knipe K, et al. Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, Julyâ??August 2021. medRxiv. 2021:2021.11.12.21265796. doi: https://doi.org/10.1101/2021.11.12.21265796.
7. Mevorach D, Anis E, Cedar N, Bromberg M, Haas EJ, Nadir E, et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. New England Journal of Medicine. 2021;385(23):2140-9. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2109730.
8. Thacker PD. Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizerâ??s vaccine trial. BMJ. 2021;375:n2635. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n2635.
9. Doshi P. Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data? BMJ. 2021;373:n1244. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n1244.
10. Tanveer S, Rowhani-Farid A, Hong K, Jefferson T, Doshi P. Transparency of COVID-19 vaccine trials: decisions without data. BMJ Evidence-Based Medicine. 2021:bmjebm-2021-111735. doi: https://doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111735.
11. Lehmann KJ. Suspected cardiovascular side effects of two Covid-19 vaccines. Journal of Biology and Todayâ??s World. 2021;10(5):1-6.
12. Montgomery J, Ryan M, Engler R, Hoffman D, McClenathan B, Collins L, et al. Myocarditis Following Immunization With mRNA COVID-19 Vaccines in Members of the US Military. JAMA Cardiology. 2021;6(10):1202-6. doi: https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.2833.
13. Gundry SR. Abstract 10712: Mrna COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: a Warning. Circulation. 2021;144(Suppl_1):A10712-A. doi: https://doi.org/10.1161/circ.144.suppl_1.10712.
14. Kostoff RN, Calina D, Kanduc D, Briggs MB, Vlachoyiannopoulos P, Svistunov A, et al. Why are we vaccinating children against COVID-19? . Toxicology Reports. 2021;8:1665-84. doi: https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2021.08.010.
15. Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months. New England Journal of Medicine. 2021;385(19):1761-73. doi: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110345. PubMed PMID: 34525277.
16. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The Safety of COVID-19 Vaccinations â?? Should We Rethink the Policy? Science, Public Health Policy, and the Law. 2021;3:87-99. https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5
17. Rose J. A report on the U.S. vaccine adverse events reporting system (VAERS) on the Covid-19 messenger ribonucleic acid (mRNA) biologicals. Science, Public Health Policy, and the Law. 2021;2:59-80.
18. Pfizer Inc. mRNA vaccine against Covid-19 â?? Submission for regulatory approval in Japan. 2020.
19. Li C, Chen Y, Zhao Y, Lung DC, Ye Z, Song W, et al. Intravenous Injection of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) mRNA Vaccine Can Induce Acute Myopericarditis in Mouse Model. Clinical Infectious Diseases. 2021. doi: https://doi.org/10.1093/cid/ciab707.
20. Jiang H, Mei Y-F. SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination In Vitro. Viruses. 2021;13(10):2056. doi: https://doi.org/10.3390/v13102056. PubMed PMID: 34696485.
21. Topol EJ. Rofecoxib, Merck, and the FDA. New England Journal of Medicine. 2005;351:2875-8.

Â© Prof. Harald Walach

22. Topol EJ. Failing the public health â?? rofecoxib, Merck, and the FDA. New England Journal of Medicine. 2004;351:1707-9.
23. NordstrÃ¶m P, Ballin M, NordstrÃ¶m A. Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study. SSRN. 2021. doi: https://doi.org/10.2139/ssrn.3949410
24. Rommel A, von der Lippe E, PlaÃ? D, Ziese T, Diercke M, an der Heiden M, et al. The COVID-19 Disease Burden in Germany in 2020. Deutsches Ã?rzteblatt International. 2021;118(9):145-51. doi: https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0147.
25. Everts J. The dashboard pandemic. Dialogues in Human Geography. 2020;10(2):260-4. doi: https://doi.org/10.1177/2043820620935355.
26. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Was Germanyâ??s Lockdown in Spring 2020 Necessary? How bad data quality can turn a simulation into a dissimulation that shapes the future. Futures. 2022;135:102879. doi: https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102879.
27. Dehning J, Zierenberg J, Spitzner FP, Wibral M, Neto JP, Wilczek M, et al. Inferring change points in the spread of COVID-19 reveals the effectiveness of interventions. Science. 2020;369(6500):eabb9789. doi: https://doi.org/10.1126/science.abb9789.
28. Sagripanti J-L, Aquilano DR. Progression of COVID-19 under the highly restrictive measures imposed in Argentina. Journal of Public Health Research. 2021. doi: https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2490.
29. Bendavid E, Oh C, Bhattacharya J, Ioannidis JPA. Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19. European Journal of Clinical Investigation. 2021:e13484. doi: https://doi.org/10.1111/eci.13484.
30. De Larochelambert Q, Marc A, Antero J, Le Bourg E, Toussaint J-F. Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation. Frontiers in Public Health. 2020;8(782). doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604339.
31. Donzelli A, Alessandria M, Orlando L. Comparison of hospitalizations and deaths from COVID-19 2021 versus 2020 in Italy: surprises and implications [version 1; peer review: awaiting peer review]. F1000Research. 2021;10(964). doi: https://doi.org/10.12688/f1000research.73132.1.
32. Subramanian SV, Kumar A. Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States. European Journal of Epidemiology. 2021. doi: https://doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7.
33. Riemersma KK, Grogan BE, Kita-Yarbro A, Halfmann PJ, Segaloff HE, Kocharian A, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. medRxiv. 2021:2021.07.31.21261387. doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.31.21261387.
34. Read AF, Baigent SJ, Powers C, Kgosana LB, Blackwell L, Smith LP, et al. Imperfect Vaccination Can Enhance the Transmission of Highly Virulent Pathogens. PLOS Biology. 2015;13(7):e1002198. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1002198.

Date Created
21.12.2021

Â© Prof. Harald Walach