Gedanken und neue Daten zu Impfungen, Lockdowns und anderen Merkwürdigkeiten in der Covid-19 Debatte

Das höchste Gut sei Gesundheit, heißt es. Ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt. Genauer gesagt, ob dieser Satz stimmt, hängt vermutlich davon ab, wie wir Gesundheit bestimmen. Landläufige Definitionen gehen von der Abwesenheit von Krankheit aus. Neuere Überlegungen weisen eher darauf hin, dass man auch mit Krankheiten gut leben kann, vorausgesetzt, man kann das tun, was einem wichtig ist. Vielleicht ist dazu vor allem auch eine gewisse Freiheit nötig? Nämlich Freiheit von Angst – die einen meistens hindert an dem, was man gerne täte. Freiheit von materiellen Sorgen – die einen ebenfalls sehr einschränken. Freiheit von Sorgen um die Zukunft – die auch nicht gerade hilfreich sind. Vielleicht ist also gerade Freiheit mindestens ebenso wichtig wie Gesundheit, genauer gesagt ein wichtiger Aspekt von Gesundheit? Wie würden wir einen Menschen charakterisieren, der körperlich gesund in einer Zelle auf die Vollstreckung seines Todesurteils wartet, obwohl er vielleicht sogar unschuldig verurteilt wurde? Gesund? Armselig? Auch das wird vielleicht gar nicht so leicht feststellbar sein.

Ich weise mit dieser kleinen Denkübung darauf hin, dass die viel betriebene Praxis, Werte gegeneinander zu setzen, nicht zielführend ist. Man kann nicht Gesundheit gegen Freiheit setzen und umgekehrt. Der „entweder-oder"-Denkstil, darauf habe ich schon öfter hingewiesen, führt bei komplexen Fragen fast immer in die Irre. Denn das „entweder – oder", das wir aus der zweiwertigen, aristotelischen Logik kennen und dem Maschinen folgen, hilft nur bei der Lösung sehr fest umrissener Fragen, die man mit Aussagelogik abbilden kann. Die tiefen Lebensfragen sind meistens komplexer und benötigen einen Denkstil, der inklusiv ist, oder dialektisch, oder meinethalben komplementär [1]. Also einen Denkstil, der imstande ist, das Gegenteil mitzudenken und irgendwie einzuschließen und so entweder zu etwas Neuem oder zu einer Synthese zu finden.

Daher ist auch die vereinfachende Sichtweise unbrauchbar, entweder sei jemand für die SARS-CoV2-Impfung, weil er verstanden habe, dass das Corona-Virus eine Gefahr für alle darstellt, oder er sei dagegen und deswegen ein Corona-Leugner, Volksgefährder und Schwurbler. Man kann das Corona-Virus für echt halten, für ein medizinisches Problem, die von ihm ausgelöste Krankheit für diejenigen, die sie bekommen, als potenziell gefährlich,

und trotzdem die derzeitige Impfkampagne ablehnen. Und zwar nicht, weil man die Krankheit ignoriert, sondern weil man sieht, dass diese Impfungen alles andere als sicher und wirksam sind.

Das wäre jetzt zum Beispiel meine persönliche Meinung. Ich lehne mich manchmal absichtlich weiter aus dem Fenster, um dem herrschenden Narrativ zu widersprechen, als ich es täte, wenn ich mehr Vernunft und Ausgewogenheit im öffentlichen Diskurs sehen würde. Das tue ich ganz einfach deswegen, weil ich es wichtig finde, dass Gegengewichte geschaffen werden, damit in der Summe eine Chance auf Ausgewogenheit besteht.

Genauso halte ich es mit den pauschalen Verurteilungen von „Verschwörungstheorien“ als a priori und immer falsch. Meine Kollegen Andreas Anton und Alan Schink haben dazu vor Kurzem ein sehr differenziertes Buch vorgelegt, das ich allen nur empfehlen kann [2]. In manchen Fällen gibt es klarerweise Verschwörungen, also geheime Absprachen, die oft erst spät sichtbar werden. Das war eindeutig etwa jeweils bei den Auslösern, die zum ersten und zum zweiten Golfkrieg führten, der Fall [3]. Und wahrscheinlich gibt es noch mehr, wenn man sich besser auskennt als ich. Deshalb ist es auch töricht, öffentliche Denkverbote via medialer Abkanzelung, Faktencheck und „Ordre de Mufti“ einzuführen.

Die Aussage, dass das Corona-Virus aus einem Labor stamme, galt beispielsweise lange als „Verschwörungstheorie“. Mir persönlich ist schon lange klar, dass diese Rahmung falsch ist, und allmählich scheint der öffentliche Diskurs zu kippen und Herrn Wiesendanger recht zu geben, der die Laborhypothese schon vor einer Weile sehr gut begründet vertreten hat [4]. Diejenigen, die damals „Verschwörung“ gerufen hatten, hätten eigentlich nur in die wissenschaftliche Literatur schauen müssen („follow the science!“ ist ja ein beliebter Ruf). Denn schon im April 2020 hatten französische Forscher einen deutlichen Beleg vorgelegt, dass das Virus aus dem Labor kommt [5]. Ich mache seit Mitte 2021 eine Interviewstudie. Alle Experten, mit denen ich geredet habe, haben diese Version bestätigt. Kennedy hat in dem Buch, das ich in meinem letzten Blog besprochen habe, Beweise vorgelegt, die zeigen, dass es all den Beteiligten, die anschließend das Gegenteil behauptet haben, u.a. auch Christian Drosten, schon seit Februar 2020 klar gewesen sei, dass das Virus aus dem Labor stammt [6]. Verschwörung?

Ist daher alles, was in der Corona-Krise passiert „Verschwörung“? Vermutlich nicht. Auch hier: „Entweder-oder“ ist keine gute kognitive Heuristik (also eine Suchstrategie), die uns hilft, die Wahrheit zu finden. Vermutlich haben wir es mit einer komplexen Mischung zu tun: Dumme Zufälle und Unfälle, schlechte Reaktionen, ein paar Trittbrettfahrer, die rasch entschieden haben, Kollateralnutzen zu erzeugen und dann Desinformationskampagnen beförderten, um ihre eigenen Chancen auf Erfolg zu erhöhen. Man muss also nicht gleich davon ausgehen, dass die gesamte Corona-Krise geplant war, um zu sehen, dass hier

manches im Argen liegt.

Zu den Kollateralnutzern gehören für mich die Produzenten, Bewerber und Vertreiber der sog. Impfstoffe. Auch Impfungen kann man nicht mit dem kategorialen „Entweder-Oder“ behandeln: entweder sei man für Impfungen, also müsse man auch für diese SARS-CoV2-Impfungen sein, oder man sei gegen die SARS-CoV2-Impfung und sei dann ein „Antivaxxer“. Ich zum Beispiel habe eine differenzierte Haltung: Manche Impfungen finde ich durchaus sehr sinnvoll und habe ich mir geben lassen, andere weniger. Diese SARS-CoV2-Impfung halte ich für medizinischen Unfug. Denn die Nebenwirkungen dürften den Nutzen deutlich überwiegen.

Ein Kollege, der schon vor 15 Jahren an solchen mRNA-Impfstoffen forschte, damals zur Krebsbekämpfung, sagte mir, man habe das Prinzip nicht weiterverfolgt. Nicht, weil es nicht funktioniert hätte, sondern weil die Produktion der Zielstoffe nicht zu kontrollieren war. Was damals stimmt, stimmt heute noch immer: Kein Mensch auf dieser Erde kann kontrollieren, wie viele Spike-Proteine gebildet werden. Manchmal sind es vielleicht wenige, manchmal genau die richtige Anzahl und manchmal viel zu viele. Eine Analyse von Craig Paardekooper zeigt, dass das Nebenwirkungs-Potenzial sich zwischen den verschiedenen Chargen stark unterscheidet. Daraus muss man nun auch nicht wieder die Theorie erzeugen, dass es sich bei der Impfung um eine Biowaffe handelt, wie Paardekooper das tut. Aber man sieht, dass bei wohlwollender Lesart jede Menge Variation in den Chargen steckt. Ob absichtlich oder aus Schlamperei ist schwer zu entscheiden. Da die Chargengröße meines Wissens nicht bekannt ist und schwankt, lässt sich diese Information im Moment nur schwer interpretieren.

Risiko und Nutzen der Impfungen

Wir haben soeben einen „Letter to the Editor“ publiziert, in dem wir darauf hinweisen, dass unsere Analyse vom Sommer immer noch steht und stimmt [7]. Damals haben wir vorgerechnet: Wir verhindern mit einer Covid-19 Impfung bei 100.000 Impfungen etwa 6-8 Todesfälle und wir müssen mit 4 Todesfällen rechnen. Die Studie geriet unter Beschuss und wurde vom Journal zurückgezogen; wir haben sie nach einem erneuten Review-Prozess neu publiziert. [8, 9]

Nun ist seit einer Weile die 6-Monate-Studie von Pfizer publiziert [10]. Wir weisen in unserem Brief darauf hin, dass dort, in der Tabelle im Supplement S-4 die Todesfälle genannt sind, nämlich 15 in der BioNTech-Gruppe, 14 in der Placebo-Gruppe. Nimmt man nur die mit Covid-19 assoziierten Todesfälle, so sind in der Placebo-Gruppe zwei und in der BioNTech-Gruppe ein Teilnehmer gestorben. Weil es etwa 20.000 Personen pro Gruppe sind, kann man also berechnet, dass bei etwa 20.000 Geimpften eine Person in der

Impfgruppe weniger an Covid-19-assoziierten Erkrankungen stirbt (dass einer mehr an anderen Erkrankungen stirbt, lassen wir jetzt außer Acht). Daraus kann man errechnen: Bei 100.000 vollständigen Impfungen retten wir 5 Leben. Blicken wir in die Adverse-Reaction-Database, in diesem Falle wieder in die holländische LAREB, dann sehen wir: 2 Todesfälle sind derzeit mit 100.000 Impfungen assoziiert. Dabei lassen wir außer Acht, dass in der Studie „geimpft" eigentlich bedeutet: 2 Impfungen erhalten. Denn würden wir das tun, dann würden wir 5 Todesfälle, die durch die Impfung verhindert werden, nicht 2, sondern 4 Todesfällen gegenüberstellen, die mit Impfungen assoziiert sind (weil die ADR-Datenbanken immer auf einzelne Impfungen hochrechnen, nicht auf vollständig Geimpfte).

Aber selbst, wenn wir 5 gerettete Leben mit 2 impf-assoziierten Todesfällen vergleichen, ist die Risiko-Nutzen-Analyse schlecht. Denn dabei sind noch nicht eingeschlossen: die Nebenwirkungen, die teilweise schwerwiegend sind, die Tatsache, dass unter den Toten in Folge der Impfung vermehrt junge Leute sind, auch Kinder, die von der Krankheit wenig zu befürchten gehabt hätten. Darin ist auch nicht eingeschlossen die Tatsache, dass die Impfungen die natürliche Immunität reduzieren und dadurch langfristig die Gefahr anderer Infektionen und immunologischer Schwächung erhöhen, etwa durch das Wiederauftreten von Krebs oder anderer Probleme. Denn diese Langzeitfolgen wird man erst abschätzen können, wenn man lang genug untersucht. Und das ist genau das, was *nicht* getan wurde, bevor die Notzulassung ausgesprochen wurde.

Wir hatten den „Letter" vorher an ein anderes Journal geschickt. Das hatte geantwortet, die Analyse sei „oberflächlich". Ich habe den Editor gebeten, mir zu sagen, was daran oberflächlich sei. Darauf schrieb er zurück, das, was wir forderten, nämlich eine europaweite, aktive Sicherheitsmonitoringstudie, gebe es bereits. Er schickte mir vier Links. Diese Links führten zu drei Studien, die das, was wir forderten, auch forderten, nur schon ein paar Jahre früher und im Allgemeinen und zu einer europaweiten aktiven Wirksamkeitsmonitoringstudie. Allerdings enthält dieses „Wirksamkeitsmonitoring" offenkundig kein aktives Sicherheitsmonitoring. Man darf sich getrost fragen: warum? Was wäre ein wirklich gut fundierter, rationaler Grund, bei einem pharmazeutischen Produkt, das ein komplett neues Wirkprinzip einführt, das bislang noch nie in der Geschichte der Medizin verwendet wurde und für das wir keine, in Zahlen 0, Erfahrungswerte haben, eine solche sorgfältige Dokumentation von Nebenwirkungen zu unterlassen? Ich bin zu fantasielos, um mir einen guten Grund ausmalen zu können und bislang hat mir auch noch keiner meiner Leser oder Gesprächspartner einen nennen können. Und ich rede durchaus auch mit Leuten, die nicht von vorneherein meiner Meinung sind.

Einer meiner Interviewpartner sagte mir, dass die kationischen Nanolipidpartikel, in die die mRNA verpackt sei, keine Monografie haben, d.h. sie sind als Arzneimittel nicht zugelassen. Nochmals: Hier wird ein neuartiges pharmakologisches Prinzip, das nicht wirklich in der

Enddosis der Zielstoffe, die im Körper produziert werden, steuerbar ist, mithilfe eines Produkts in den Körper eingebracht, das keine Arzneimittelzulassung hat, weil es nämlich selbst gefährlich ist. Ist das nützlich? Vernünftig? Alternativlos? Unproblematisch? Basis für eine gesetzliche Grundlage der Impfpflicht?

Ist das also eine „Verschwörung"? Eine stille Absprache, um die Impftechnologie, die mRNA-Plattform, mit aller Macht durchzudrücken und damit einmal eingeführt zu haben, damit sie später für andere Zwecke schneller zur Verfügung steht? Vielleicht. Das wäre aus meiner Sicht denkbar. Ist es eine Absprache, um mögliche Schadensforderungen zu vermeiden? Nach dem Motto: Augen zu und durch, soweit wir kommen…? Die Chefin der European Medicines Agency, Emer Cooke, ist eine ehemalige Lobbyistin der Pharmabranche. Wessen Wohl sie vor allem im Auge hat, darf man glaube ich getrost fragen. Conflicts of Interest, Interessenskonflikte also, und eine gehörige Portion „Confirmation Bias" erklären vielleicht die Situation ausreichend.

Jedenfalls erleben wir derzeit eine Angstkampagne sondergleichen. Wer sich nicht impfen lasse, gefährde das Wohl der Bevölkerung. Er sei egoistisch und trage zur Aufrechterhaltung des Status quo und der Pandemie bei, heißt es.

Die Daten freilich stützen diese Narrative nicht. Nicht nur unsere Analyse ist nicht sonderlich freundlich, was das Nutzen-Risiko-Profil der präventiven Gentherapie, genannt Covid-19-Impfung, angeht. Eine sehr nüchterne Zusammenstellung einiger jüngerer Studien, publiziert in Lancet Infectious Diseases, kommt zum Schluss, dass eines der Hauptargumente für die Impfung, vor allem für die Impfpflicht, einfach falsch ist: dass sie die Übertragbarkeit der Erkrankung bremsen würde [11]. Denn Geimpfte sind genauso Überträger der Infektion wie Ungeimpfte. Also nochmals: Die Impfung schützt nicht davor, dass die Infektion an andere weitergegeben wird. Daher bremst sie auch nicht die Verbreitung. Daher ist das Hauptargument für eine Impfpflicht hinfällig. Impfpflicht ist nicht durch wissenschaftliche Daten begründbar. Höchstens mit politischem Willen. Kann man machen. Sollte man dann aber dazu sagen und nicht „Wissenschaft" sagen, wo man „Manipulation" meint.

Eine soeben publizierte Analyse zeigt, welche Probleme diese Impfungen auf unterschiedlichen Ebenen auslösen können [12]. Einer der Co-Autoren, McCullough, ist einer der angesehenen Kardiologen der USA. Er hat das „Early-Treatment-Protocol" publiziert [13], das wir in unserer MWGFD-Analyse ausführlicher dargestellt haben. Er ist mit über 600 peer-reviewten Publikationen einer der am weitläufigsten publizierten Mediziner. Die Analyse der Autoren stützt sich auf die bekannten pathophysiologischen Mechanismen und zeigt, wie sie zusammenwirken. Ganz global gesprochen arbeiten die mRNA Impfstoffe mit einer temporären Unterdrückung der natürlichen Immunität. Das hat

Sahin, der Chef von BioNTech vor Jahren sogar selber publiziert [14]. Diese Tatsache ist schon lange bekannt und Prinzip dieser Technik [15]. Ohne diese temporäre Unterdrückung der natürlichen Immunität würde das Immunsystem diese Stoffe nämlich einfach eliminieren. Diese Immunitätsunterdrückung kann zu Problemen führen, die wir noch nicht sehen. Außerdem werden die DNA-Reparaturmechanismen gestört [16]. Und obendrein sind die kationischen Lipidnanopartikel, in die diese modifizierte mRNA verpackt ist, auch ohne dass irgendwas in ihnen enthalten wäre, in hohem Grade entzündungsauslösend [17]. Die Analyse von Seneff, McCullough u.a. rechnet gegen Ende des Artikels vor, dass die Todesfälle, die in der US-amerikanischen Vaccine Adverse Reaction Database in Assoziation mit den neuen SARS-CoV2-genetischen Präventionssubstanzen berichtet werden, etwa um den Faktor 100 höher sind als die aller anderen Impfstoffe zusammen (die Hochrechnung stammt von mir; man muss nämlich die Anzahl der Berichte, die im Zusammenhang mit den Covid-19-Impfstoffen stehen, mit den auf die Dauer der Beobachtungszeit normalisierten Fallzahlen der anderen Impfstoffe vergleichen; und das habe ich mit dieser Hochrechnung getan). Krebs, vor allem Lymphome, sind etwa um den Faktor 60 häufiger. Andere Nebenwirkungen, vor allem Herz-Kreislauf-Probleme, temporäre Bluterkrankheit („Thrombocytopenie“, also eine drastische Abnahme der Thrombozyten, die für Wundverschluss nötig sind), Gesichtslähmungen und andere Probleme. Sie folgern, was wir in unserer Analyse ebenfalls getan haben:

“It is imperative that worldwide administration of the mRNA vaccinations be stopped immediately until further studies are conducted to determine the extent of the potential pathological consequences outlined in this paper. “ (S. 21) Die Impfkampagne ist sofort zu beenden und weitere sorgfältige Studien sollten die Sicherheit dieser Stoffe genauer untersuchen.

All das zeigt: Eine Impfpflicht ist nicht zu rechtfertigen, weder wissenschaftlich noch politisch. Zu diesem Ergebnis kommt auch ein Rechtsgutachten von Prof. Boehme-Nessler von der Universität Oldenburg: Eine Impfpflicht sei verfassungswidrig.

Wer sich aktuell informieren will, welche Impfnebenwirkungen berichtet werden und wie viele, der findet unter der Webseite impfnebenwirkungen.net aktuelle Daten und auch einen kleinen Rechner. Mit dem kann man sein Angstniveau, also seine Einschätzung, wie wahrscheinlich man für sich selber eine gefährliche Covid-19-Erkrankung hält, als Apriori-Wahrscheinlichkeit in eine Art Bayes-Rechner eingeben und erfährt dann, ob das Risiko einer Impfnebenwirkung oder einer Covid-19-Erkrankung größer ist. Für die meisten Leute unterhalb meiner Altersgruppe von 65 ergibt die Impfung keinen Vorteil, im Gegenteil: das Risiko, an der Impfung zu sterben, ist höher, als das Risiko an Covid-19 zu sterben.

Natürlich wird nicht jeder, der geimpft ist, diese drastischen Nebenwirkungen erleben. Aber

zu viele. Genauso wenig wie jeder, der an Covid-19 erkrankt, stirbt. Aber die Perfidität der öffentlichen Debatte ist: im einen Fall – Covid-19-Erkrankung – wird vor allem mit Einzelfällen argumentiert – hier ein Mensch, der starb, da ein Kind, das erkrankt ist, dort ein Altersheim mit 10 erkrankten Leuten. Im Falle der Impfprobleme wird auf schlechte Pauschalstatistiken verwiesen. Jessica Rose schätzt, dass die VAERS-Datenbank das Nebenwirkungspotenzial um 31 % unterschätzt [18]. Ich finde, das ist eher niedrig gegriffen. Ich habe noch kein einziges gutes Argument gehört oder gelesen, das diese Schätzung widerlegt hätte.

Review der „Maßnahmen“

Auch die Lieblingsaktionen der Politik, um „Zero-Covid-Politik“ zu betreiben – nicht-pharmakologische Interventionen (NPIs) wie Lockdown, Maskenpflicht und Ähnliches – haben vor Kurzem eine deutliche, und wie mir scheint ziemlich endgültige Abfuhr erhalten. Eine sehr sorgfältige Meta-Analyse und systematische Übersichtsarbeit vom Johns Hopkins Institute of Applied Economics sichtete 18.950 Studien und nahm nach mehreren Durchgängen 34 Studien auf und verrechnete 24 in einer Meta-Analyse [19]; dabei sind alle Modellierstudien definitionsgemäß ausgeschlossen. Die Studien wurden in drei Gruppen analysiert: Es gibt solche, die sich mit dem sog. „policy stringency index“ befassten; das ist ein vom Institut für Politik der Universität Oxford wöchentlich adaptierter Index, der die Härte des politischen Vorgehens in einem standardisierten Index pro Land erfasst, der von null bis 100 reicht. Diese Policy-Stringency-Index-Studien fanden, dass Lockdowns in den USA und in anderen Ländern der Erde die Covid-19-bezogene Mortalität um 0,2 % reduzierten; also eigentlich gar nicht. Eine Studie, die methodisch schwächer war, kommt auf eine drastische Reduktion der Mortalität um 35 %, alle anderen liegen nahe bei null. Wenn man einen sog. präzisionsgewichteten Mittelwert errechnet, der die Größe der Studien mitberücksichtigt, ist der Mittelwert der Mortalitätsreduktion 0,0 %.

Der nächste Studientyp sind sog. „shelter in place“ Studien. Dort wurden also strikte Ausgangssperren untersucht. Diese Studien kommen zum Ergebnis, dass Ausgangssperren die Mortalität leicht reduziert haben, um 2,9 %. Verwendet man den präzisionsgewichteten Mittelwert, kommt die Analyse zu dem Ergebnis, dass solche Ausgangssperren die Covid-19-Mortalität sogar eher erhöht haben, nämlich um 3,7 %. Die Streubreite dieser Studien ist sehr groß. Vor allem die kleinen Studien finden starke Effekte, die größeren nicht.

Andere Maßnahmen haben ebenfalls kaum Effekt: Die Schließung von Grenzen hat keinen Effekt, wenn man die präzisionsgewichteten Mittelwerte nimmt; vermutlich, weil sie in jedem Fall zu spät kamen. Lockdowns haben die Mortalität am ehesten leicht erhöht (um 0,6-1,6 %). Schulschließungen haben einen minimalen Effekt von 4,4 % Mortalitätsreduktion. Dieser wird aber von einer einzigen Studie beschrieben, die sehr klein

ist.

Gesichtsmasken zeigen Effekte und reduzieren die Mortalität um 21 %. Allerdings ist dieser Effekt vor allem auf eine Studie zurückzuführen, die Maskengebot am Arbeitsplatz untersuchte. Die Autoren verweisen auf den Cochrane-Review von Jefferson und Kollegen, den ich auch schon mehrfach erwähnte [20]. Dieser fand in Hochrisiko-Situationen im Krankenhaus bei Grippeviren einen leichten Effekt, der aber nicht gut belegt ist. Es könnte sein, meinen die Autoren, dass Gesichtsmasken indirekte Effekte haben und Mortalität reduzieren, weil sie gleichsam eine Steuer auf Sozialkontakte wären und diese dadurch reduzieren.

Am ehesten noch funktionieren Geschäfts- und Restaurantschließungen. Sie reduzieren die Mortalität um 10,6 %. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass man diese Effekte mit anderen Effekten balancieren müsse: Lockdowns schädigen viele – in den armen Ländern Afrikas und Südamerikas sind vor allem die Armen davon betroffen, die ihren Lebenserwerb verlieren – und erhöhen so sekundär die Gesamtmortalität, etwa wenn nötige medizinische Versorgung unterbleibt oder wenn Menschen Arbeitsplätze verlieren und verzweifelt sind.

Insofern dürfte das letzte Wort hier noch nicht gesprochen sein. Denn das Einzige, was uns am Ende zeigt, ob die politischen Maßnahmen hilfreich waren oder schädlich, ist eine Analyse der Gesamtmortalität. Eine solche Analyse wird wohl erst gegen Ende 2022 sinnvoll sein, wenn man ein Covid-19-Jahr ohne Impfung mit zweien mit Impfung und den anderen Jahren davor vergleichen kann. Die Analyse meines Kollegen Christof Kuhbandner aus Regensburg legt jedenfalls nahe, dass es einen deutlichen Mortalitätsanstieg allgemeiner Mortalität im zeitlichen Zusammenhang mit den Covid-19-Impfungen in Deutschland gibt [21]. Kuhbandners Analysen sind zweifelsohne vorläufig und rein visuell. Sie müssen mit einer größeren Datenbasis über viele Länder hinweg wiederholt werden. Aber sonderlich viel Zuversicht flößt mir diese erste Analyse nicht ein, was die Unbedenklichkeit dieser Impfungen angeht.

Warum, wenn all diese Maßnahmen so wenig fruchten, machen dann alle mit? Warum gibt es kaum ein Land, das ausschert? Auch darauf gibt es eine einfache Antwort – aufgrund einer Analyse der Zeitverläufe: Das Verhalten der Nachbarländer hat im Wesentlichen dazu beigetragen, ob ein Land NPIs eingeführt hat und welche [22]. Wir Menschen sind eben soziale Wesen. Wir machen es den andern nach. Ob es jetzt Mode ist oder NPIs scheint keine Rolle zu spielen. Wir sollten nur nicht dafür Vernunft und Wissenschaft reklamieren. Denn das ist nicht der Grund.

Insofern hat sich meine Einschätzung nach diesen neuen Daten nicht verändert: Ich halte die „Impfungen“ für unbrauchbar in jeder Hinsicht. Ich halte sie für potenziell gefährlich. Und ich halte vor allem die Diskursverweigerung der Behörden und der Politik in dieser

Hinsicht für fahrlässig, wenn nicht gar kriminell. Ich wiederhole: Es ist geboten, eine sorgfältige, aktive Sicherheitsmonitoringstudie zu organisieren, weil das passive Monitoring der Adverse-Reaction-Databases klare Gefährdungssignale sendet. Über eine „Zero-Covid-Politik" brauchen wir gar nicht zu reden. Dieser Begriff ist so töricht, als würde man über eine „Null-Dummheitstoleranz-Politik" oder „keine Windschäden Politik" oder „Zero-Influenza-Politik" reden wollen. Man wird Corona-Viren genauso wenig ausrotten können, wie Grippeviren. Sie werden sich allenfalls in Reservoire zurückziehen, die wir vielleicht nicht einmal kennen, und dann wieder zum Vorschein kommen, wenn die Bedingungen günstig sind. Alle Impfungen der Welt haben Grippe nicht ausrotten können und werden es nie tun, weil das Grippevirus dauernd mutiert, genauso wie das „neue" Corona-Virus und andere Corona-Viren dauernd mutieren.

Der Vergleich mit den Pocken ist, auch das habe ich schon öfter gesagt, historisch schlecht informiert. Denn die Pocken sind vor allem wegen besserer sozialer, hygienischer und Ernährungsverhältnisse zurückgegangen. Die letzten Pocken-Impfkampagnen wurden abgeblasen, weil die Impfungen zu nebenwirkungsträchtig waren [23]. Trotzdem sind die Pocken verschwunden. Nicht wegen der Impfungen, sondern trotz dieser Impfungen. Genauso wird es auch mit Covid-19 sein: Wenn das Virus ausreichend oft mutiert und wir es nicht dauernd dabei stören würden, dann würde sich einfach ein auskömmliches Verhältnis einstellen. Manche würden hin und wieder eine leichte Erkältung kriegen. Und das wäre es dann. Oft ist nämlich Nichtstun und Abwarten die beste Intervention. So auch hier. Das legen alle neueren Daten nahe, die ich oben beschrieben habe. Also nicht „entweder-oder", sondern nichts von alledem.

Quellen und Literatur

1. Reich KH. Developing the Horizons of the Mind: Relational and Contextual Reasoning and the Resolution of Cognitive Conflict. Cambridge: Cambridge University Press; 2003 2003.
2. Anton A, Schink A. Der Kampf um die Wahrheit: Verschwörungstheorien zwischen Fake, Fiktion und Fakten. München: Komplett Media; 2021.
3. Talbot D. The Devil's Chessboard: Allen Dulles, the CIA, and the Rise of America's Secret Government. London: Collins; 2015.
4. Wiesendanger R. Studie zum Ursprung der Corona-Virus Pandemie. Research Gate preprint. 2021. doi: https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31754.80323.
5. Coutard B, Valle C, de Lamballerie X, Canard B, Seidah NG, Decroly E. The spike glycoprotein of the new coronavirus 2019-nCoV contains a furin-like cleavage site absent in CoV of the same clade. Antiviral Research. 2020;176:104742. doi: https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104742.

6. Kennedy Jr. RF. The Real Anthony Fauci. Bill Gates, Big Pharma, and the Global War on Democray and Public Health. New York: Skyhorse Publishing; 2021.
7. Walach, H., Klement, R. J., & Aukema, W. (2022). The risk-benefit ratio of Covid-19 vaccines: Publication policy by retraction does nothing to improve it. Clinical and Translational Discovery, 2(1), e35. doi: https://doi.org/10.1002/ctd2.35
8. Walach H, Klement RJ, Aukema W. Retracted: The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy. Vaccines. 2021;9(7):693. doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9070693
9. 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
10. Thomas SJ, Moreira ED, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Six Month Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. medRxiv. 2021:2021.07.28.21261159. doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261159.
11. Franco-Paredes C. Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals. The Lancet Infectious Diseases. 2022;22(1):16. doi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00768-4.
12. Seneff S, Nigh G, Kyriakopoulos A, McCullough P. Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs. Authorea (Preprint). 2022;Jan 21. doi: https://doi.org/10.22541/au.164276411.10570847/v1.
13. McCullough PA, Kelly RJ, Ruocco G, Lerma E, Tumlin J, Wheelan KR, et al. Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. The American Journal of Medicine. 2021;134(1):16-22. doi: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.07.003.
14. Sahin U, Karikó K, Türeci Ö. mRNA-based therapeutics — developing a new class of drugs. Nature Reviews Drug Discovery. 2014;13(10):759-80. doi: https://doi.org/10.1038/nrd4278.
15. Karikó K, Buckstein M, Ni H, Weissman D. Suppression of RNA Recognition by Toll-like Receptors: The Impact of Nucleoside Modification and the Evolutionary Origin of RNA. Immunity. 2005;23(2):165-75. doi: https://doi.org/10.1016/j.immuni.2005.06.008.
16. 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: 10.3390/v13102056. PubMed PMID: 34696485.
17. Ndeupen S, Qin Z, Jacobsen S, Estanbouli H, Bouteau A, Igyártó BZ. The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory. bioRxiv. 2021. Epub 2021/03/11. doi: 10.1101/2021.03.04.430128. PubMed PMID: 33688649; PubMed Central PMCID: PMCPMC7941620.

18. 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.
19. Herby J, Jonung L, Hanke SH. A literature review and meta-analysis of the efffects of lockdowns on COVID-19 Mortality. Baltimore: Johns Hopkins Institute für Applied Economics, Global Health, and the Study of Business Enterprise, 2022.
20. Jefferson T, Del Mar C, Dooley E, Ferroni E, Al Ansari LA, Bawazeer G, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;CD006207.pub5. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub5.
21. Kuhbandner C. Der Anstieg der Übersterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit dem COVID-Impfungen – Manuskript. Open Science Foundation. 2022; https://osf.io/5gu8a/.
22. Sebhatu A, Wennberg K, Arora-Jonsson S, Lindberg SI. Explaining the homogeneous diffusion of COVID-19 nonpharmaceutical interventions across heterogeneious countries. Proceedings of the National Academy of Science. 2020;117(35):21201-8. doi: https://doi.org/10.1073/pnas.2010625117.
23. Humphries S, Bystrianyk R. Dissolving Illusions: Disease, Vaccines, and the Forgotten History 2013.