Gedanken zu Ostern, zum Risiko-Nutzen-Verhältnis der Covid-19-Impfung und wichtigen Informationsquellen

Egal, wie man zu Ostern steht, ob man es als Christ aktiv feiert, mit nostalgischen Erinnerungen ans Ostereiersuchen als Kind, oder ob man als moderner, naturwissenschaftlich orientierter Mensch den Osterglauben für Aberglauben hält: Es ist ein Fest und man sollte es feiern. Schon in vorchristlicher Zeit wurde die Ankunft des Frühlings gefeiert. Das Christentum hat diesen alten Festtagen mit der Feier der Auferstehung Jesu ein neues Gesicht gegeben. Was jemals wirklich lebendig war – nämlich in der Fülle Gottes stehend – stirbt nicht. Es wird allenfalls verwandelt. Oder eben: es ersteht zu neuem Leben. Das ist Ostern, und das gilt es zu feiern.

Wir haben ein kleines Ostergeschenk erhalten, finde ich, indem der Bundestag die Impfpflicht mit großer Mehrheit abgelehnt hat. Man kann sich hier informieren, wie die Fraktionen abgestimmt haben: SPD und Grüne mehrheitlich für die Impfpflicht, CDU, AfD, FDP und Die Linke mehrheitlich dagegen. Ich schlage vor, Sie schreiben Ihren Abgeordneten, entweder dankend, oder nochmals mahnend und erinnernd. Man kann nämlich durch Klicken auf die Partei oder Filtern die Abgeordneten sehen, die den eigenen Wahlkreis repräsentieren und wie sie abgestimmt haben und kann dann eine E-Mail schreiben. Vielleicht hat ja unsere MWGFD-Aktion geholfen; denn wir haben allen Abgeordneten unser Ausstiegskonzept geschickt. Man kann es sich dort herunterladen und den Abgeordneten, die für die Impfpflicht gestimmt haben, nochmals schicken, vielleicht noch mit ein paar persönlichen Worten.

Der Nutzen der Impfung

Vielleicht helfen auch folgende Argumente weiter. Wenn man die aktuellen Daten des RKI betrachtet, die die Fälle der Covid-19-Erkrankten (lt. RKI-Definition und wenn klinische Information vorhanden war) und Hospitalisierten zusammenfasst (heruntergeladen am 15.4.22), dann findet man folgende Zusammenhänge (ich habe dazu die Spalten der Tabellen aufaddiert und die Alters-Kategorien ebenfalls; da die Kategorien „grundimmunisiert“ und „Auffrischimpfung“ sich gegenseitig ausschließen, habe ich auch diese aufaddiert)

	Ungeimpfte	Geimpfte
Covid-19 erkrankt pro 100.000	20.614,5	17.038,1

Hospitalisiert pro 100.000	1.270	371,6

Tabelle 1 – Covid-19 Erkrankte und Hospitalisierte pro 100.000 verteilt auf die Kategorien geimpft (zweimal und mit Auffrischimpfung zusammengefasst) und ungeimpft
Der Überhang an Fällen bei den Ungeimpften geht vor allem auf die Kategorie der Jüngeren zurück. Belässt man die Altersverteilung, die das RKI angibt, erhält man folgende Tabelle (die Personen mit Grundimmunisierung und Auffrischung sind unter „geimpft“ zusammengefasst):

	ungeimpft			geimpft		
Altersgruppe	12-17	18-59	60+	12-17	18-59	60+
Covid-19 pro 100.000	10.219,6	6.804,3	3.590,6	5.383	9.438	2.207,2
Hospitalisiert pro 100.000	76,7	248,7	944,6	22,8	72,1	276,7

Tabelle 2 – Covid-19 Erkrankte und Hospitalisierte pro 100.000 verteilt auf die Kategorien geimpft (zweimal und mit Auffrischimpfung zusammengefasst) und ungeimpft und aufgeschlüsselt nach Alterskategorien
Man erkennt, dass der Vorteil der Impfung sehr altersspezifisch ist. Menschen der Alterskategorie von 18 bis 59 Jahren sind weniger an Covid-19 erkrankt, wenn sie ungeimpft sind. Bei jüngeren Menschen, für die die Krankheit eigentlich wenig gefährlich ist, sind die Hospitalisierungszahlen bei den Ungeimpften relativ hoch. Ob dies wirklich eine klinische Realität ist oder eher ein Artefakt der Test- und Meldestrategie, sei hier einmal dahingestellt. Bei den Hospitalisierten ist der Effekt der Impfung wie in Tabelle 1 deutlich. Hier ist er vor allem bei den Älteren, über 60-Jährigen sichtbar. Eigentlich müsste man diese Datenreihe für die Verstorbenen ebenfalls führen und ich finde es eigenartig, dass das nicht getan wird.

Insgesamt scheint diese Datenlage zunächst sehr eindrücklich für den Effekt der Impfung zu sprechen. Hier müssen nun zwei Dinge berücksichtigt werden.

1. Die Effektgröße der Impfung, also der Effekt ins Verhältnis gesetzt zu allen Impfungen und Nicht-Impfungen.
2. Das Risiko, das mit den Impfungen einhergeht, indem Nebenwirkungen und assoziierte Todesfälle betrachtet werden.

Gehen wir der Reihenfolge nach vor.

Die Effektgröße der Impfung

Wir verwenden jetzt die Zahlen aus Tabelle 1 als Schätzungen für die absolute Effektgröße der Impfung, und zwar für die absolute Risikoreduktion, nicht für die relative Effektivität. Um diese Effektgröße zu erhalten, errechnen wir die

Absolute Risikoreduktion (ARR)

die definiert ist als

ARR = Anzahl der Fälle in der Kontrollgruppe der Ungeimpften/alle Ungeimpften – Anzahl der Fälle in der Behandlungsgruppe der Geimpften/alle Geimpften

ARR = 1.270/100.000 – 371,6/100.000 = 0,00899

oder etwa 9 pro Mille.

Das Risiko, hospitalisiert zu werden, verringert sich also durch eine Impfung um etwa 9 pro Mille.

Wir sehen: der relative Nutzen, wie er sich in Tabelle 1 zeigt, ist relativ eindrücklich, aber der absolute Nutzen, wenn man die Gesamtzahl aller bedenkt, die die Intervention erhalten, ist weniger beeindruckend. Dass das so ist, sieht man an der Number Needed to Vaccinate, also an der Zahl der Menschen, die man impfen muss, um einen Todesfall oder Hospitalisierungsfall zu verhindern.

Number Needed to Vaccinate

Will man die Number Needed to Vaccinate (NNV) errechnen, um einen Hospitalisierungsfall durch Covid-19 zu verhindern, muss man 1 durch diese oben errechnete absolute Risikoreduktion teilen und erhält

$NNV_{Hospitalisierung} = 1/0,00899 = 111,23$

Das heißt: Wir müssen 111 Menschen impfen, um einen Hospitalisierungsfall zu verhindern. Todesfälle sind dort nicht eingerechnet, da wir diese Daten nicht vorliegen haben.

Das Risiko-Nutzen-Verhältnis der Todesfälle haben wir kürzlich vorgerechnet – ich hatte das schon geschrieben –, indem wir die 6-Monatsstudie von Pfizer herangezogen haben, die uns eine etwas ausführlichere Betrachtung ermöglicht [1]. Diese Daten erlauben eine Schätzung einer NNV, um einen Todesfall zu verhindern, und diese liegt bei etwa 22.000. Zur Pfizer 6-Monatsstudie haben übrigens Kollegen kürzlich einen kritischen Kommentar publiziert. Sie rechneten nach und fanden, dass die Anzahl der Toten, die von der Pfizer-Studie berichtet

werden, nicht stimmen kann. Denn wenn man die normale Mortalitätsstatistik in Rechnung stellt, dann sind die Mortalitätsdaten in der Placebogruppe, die die Studie von Thomas berichtet [2], um mindestens 25 % zu niedrig, anders ausgedrückt, es hätten eigentlich 25 % mehr Todesfälle berichtet werden müssen. Nochmal anders ausgedrückt: Die Pfizer-Studie ist höchstwahrscheinlich nicht verlässlich und damit auch unsere Schätzung der NNV von 22.000, um einen Todesfall zu verhindern, wohl noch zu niedrig. Aber belassen wir es dabei und verwenden diese Schätzung.

Die Nebenwirkungsstatistik des Paul-Ehrlich-Institutes

Der aktuelle Paul-Ehrlich-Instituts-Sicherheitsbericht (der von mir verwendete ist hier erhältlich und geht bis Ende Dezember 2021 und deckt damit ein Jahr ab) gibt insgesamt 2.255 Todesfälle an oder 2 Todesverdachtsfälle pro 100.000 Impfungen und 29.786 Verdachtsfälle schwerwiegender unerwünschter Reaktionen oder 164 solcher schwerwiegender Fälle auf 100.000 Impfungen.

Im Klartext: Wenn wir 100.000 Impfungen vornehmen, dann retten wir 5 Leben, maximal, vermutlich eher weniger und verhindern etwa 900 Hospitalisierungen (weil wir 111 Menschen impfen müssen, um einen Hospitalisierungsfall zu verhindern; also verhindern wir mit 100.000 Impfungen 100.000/111 = 900,9 Hospitalisierungen). Wir erkaufen das mit vermuteten 2 Todesfällen und knapp 165 schweren Nebenwirkungen. Eigentlich sind die Verhältnisse noch schlechter, weil die Daten oben in Tabellen 1 und 2 auf Personen bezogen sind und jede Person im Durchschnitt 2,5 Impfungen erhält. Also müsste man die Nebenwirkungsdaten mit dem Faktor 2,5 multiplizieren und hätte dann mit 412 schweren Nebenwirkungen zu rechnen. Das heißt, die Anzahl der verhinderten Hospitalisierungen steht zu den in Kauf zu nehmenden Nebenwirkungen im Verhältnis 2:1 und die Anzahl der verhinderten Todesfälle steht zu den möglicherweise in Kauf zu nehmenden Todesfällen im Verhältnis von etwa 1:1.

Sind 900 verhinderte Hospitalisierungen es wert, 412 schwere Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen? Sind 5, eher weniger, verhinderte Todesfälle es wert, dass mindestens 2, eher 5 Menschen an den Impfungen versterben, vielleicht sogar mehr?

Das Problem ist: Die Nebenwirkungsdaten sind nicht zuverlässig. Sie unterschätzen lt. einer neuen Untersuchung die echten Fallzahlen um mindestens 70 %. Daher haben sich eine ganze Reihe von Initiativen gebildet, z.B. die hier der „Pflege für Aufklärung“, die Fälle sammeln von Menschen, die Nebenwirkungen erlebt haben, aber große Probleme, diese als solche anerkannt zu bekommen. Wir müssten eine neue Ziffer für Ärzte einführen, die das Ausfüllen der Nebenwirkungsmeldungen, die sicherlich ca. 20-30 Minuten dauern, honoriert, dann hätten wir eine bessere Übersicht.

Das Risiko-Nutzen-Verhältnis der Covid-19 Impfung ist denkbar schlecht

Wenn wir zu den 2 dokumentierten Todesverdachtsfällen pro 100.000 Impfungen 75 % dazurechnen, dann sind wir sehr nahe an der Zahl der 5 Todesfälle, die von der Impfung maximal verhindert werden. Wenn wir zu den 412 schwerwiegenden Nebenwirkungen nochmals 75 % dazu rechnen, dann sind wir bei knapp 721 schweren Nebenwirkungen auf 100.000 geimpfte Personen (ich habe für diese Rechnungen auf 2,5 Impfungen pro Person hochgerechnet). Im Klartext: Es gibt keine Impfung auf Gottes weiter Erde, die ein derart schlechtes Risiko-Nutzen-Profil hat wie diese. Die Todesfallverdachtsmeldungen sind um den Faktor 560 höher als bei allen anderen Impfungen zusammen (siehe unser MWGFD-Ausstiegskonzept; dort ist die Grafik abgebildet).

Es gibt keine Impfung, die unter normalen Umständen mit einem solchen Profil überhaupt zugelassen worden wäre. Aus meiner Sicht ist das ein Fall für den Staatsanwalt, weil das Paul-Ehrlich-Institut seine Aufsichtspflicht vernachlässigt hat, oder, im Zweifelsfall, der Bundesgesundheitsminister.

Diejenigen, die Ihren Abgeordneten diese Zahlen schicken wollen, sind herzlich dazu eingeladen; alles, was ich hier schreibe, steht zur freien Verfügung, solange die Quelle benannt ist. Denn es muss eigentlich mittlerweile jedem bewusst sein: Was hier geschieht, hat mit Medizin und Gesundheitsvorsorge nichts mehr zu tun. Das ist im besten Falle eine Gelddruckmaschine für die Industrie. Im dümmsten Falle ist es eine Agenda, um neue Prozeduren – mRNA-Impftechnologie, Impfpässe – an den Mann oder die Frau zu bringen.

Dass sich eine klare Agenda hinter dieser Impfkampagne verbirgt, kann man daran erkennen, dass alle einfachen und früh wirksamen Behandlungsmethoden systematisch tot geredet wurden. Es gibt eine sehr interessante US-amerikanische Initiative von hochkarätigen Wissenschaftlern, die in einer Serie von Meta-Analysen die Wirkung von allen möglichen Interventionen zur Behandlung von Covid-19 in Meta-Analysen zusammengetragen haben, z.B. des angeblich unwirksamen Ivermectin und vieler anderer Interventionen, wie etwa Vitamin D, Vitamin A, Zink und anderer. Eines fällt auf: die vom CDC und NIH als alleinig wirksam empfohlenen Interventionen, z.B. Remdesivir, sind weniger wirksam als die meisten anderen. Die wirklich wirksamen werden nicht empfohlen, außer im Rahmen von Studien. Das ist aus meiner Sicht sehr merkwürdig. Es lässt sich zwanglos durch eine kleine Verschwörung erklären, womit wir wieder bei den Themen meiner letzten beiden Blogs wären: Wenn nämlich keine wirklich effektive Behandlung gegen eine Erkrankung vorhanden ist, dann kann man eine Notzulassung z.B. für eine neue Impfung beantragen, auch wenn sie noch nicht gut untersucht ist. Und dass Behörden wie CDC und NIH von sich aus die Daten so zurechtzimmern, dass genau dieses Ergebnis herauskommt, obwohl die wirkliche Datenlage eine ganz andere ist, das lässt sich bei der

geballten Kompetenz dieser Behörden nicht mit Dummheit erklären, nur mit einer klaren politischen Absicht.

Steve Kirsch, ein US-amerikanischer Unternehmer und IT-Spezialist, Miterfinder der optischen Maus und Philanthrop, betreibt einen sehr geschäftigen Blog, den ich empfehlen kann. Er hat den Mitgliedern der Zulassungskommission eine Million US-Dollar geboten, wenn sie mit ihm öffentlich den Nutzen der Covid-19-Impfung debattieren und dies dokumentieren lassen – unabhängig vom Ergebnis übrigens. Diese Wette hat niemand angenommen. Professoren hat er sogar die Möglichkeit geboten, ihren Preis zu nennen. Eine Million Dollar sind noch immer zu gewinnen für jeden, der belegen kann, dass die amerikanische Behörde CDC mit ihren Zahlen über Todesraten bei Covid-19 und bei den Impfungen richtig liegt.

Bislang hat noch niemand angebissen. Warum hat sich wohl noch niemand gemeldet, wenn es so einfach ist, den Nutzen der Covid-19-Impfung zu beweisen? Kein Politiker, kein NIH-Offiziöser, kein Harvard- oder sonstwas-Professor, kein Public-Health-Spezialist, kein Talkmaster?

Nun häufen sich die Daten, die zeigen: Diese Notzulassung ist alles andere als sachlich gerechtfertigt. Das Risiko-Nutzen-Profil ist denkbar schlecht, um nicht zu sagen, miserabel. Denn wir reden von einer Impfung gegen eine Krankheit, die eigentlich beherrschbar ist und in keiner Weise eine Bedrohung für die Allgemeinheit darstellt, weil, ich wiederhole mich, vermutlich eine große Zahl von Menschen bereits eine durch andere Corona-Viren ausgelöste T-Zell-Immunität in sich trägt, die sehr schwere Verläufe unwahrscheinlich macht. Ein Restrisiko besteht immer. Aber das werden wir nie in den Griff kriegen. Vielleicht sollten wir das einfach einmal akzeptieren. Denn wenn man versucht, jedes Risiko in den Griff zu bekommen, dann schlägt die Dialektik zu und wir erzeugen ein Risiko, das man nicht mehr im Griff hat.

Bleibt mir noch, auf eine sehr schöne Seite hinzuweisen, den „Covidwegweiser“. Dies ist eine Seite, die alle möglichen Informationen und Webseiten bündelt, die sich kritisch mit Covid-19 und der derzeitigen Politik befassen. Damit hat man einen sehr guten Überblick über die Initiativen und Gruppen, die in der einen oder anderen Weise aktiv sind, um zur Information beizutragen. Viele Gruppen der Zivilgesellschaft sind aktiv und unzufrieden mit dem offiziellen Corona-Management. Wäre es nicht an der Zeit – Ostern – es mal mit was Neuem zu probieren? Zum Beispiel aufhören mit Besserwisserei auf Seiten der Regierung. Oder alle, die etwas zu sagen haben, auch wenn es nicht das ist, was man hören will, an einen Tisch zu holen. Der müsste groß sein.

Eine neue Religion? Oder Ostern?

Ich fürchte, das wird wohl nicht stattfinden. Denn im Grunde geht es in der Covid-19-Krise weder um Wissenschaft noch um Wahrheit, sondern um Ideologie und Geld, oder genauer gesagt um eine neue Religion, die Religion des wissenschaftsgläubigen Transhumanismus. Dieser Religion sind Daten und Menschen egal. Sie ist auch nicht an Erkenntnis oder Wahrheit interessiert, sondern instrumentalisiert Wissenschaft. Sie hat eine Agenda, nämlich ein naturalistisch-materialistisches Weltbild durchzusetzen und die nötigen Instrumente dafür in Szene zu setzen. Die mRNA-Technologie ist eine davon. Damit kann man in Zukunft sehr vieles machen, wenn sie erst einmal akzeptiert ist. Der digitale Impfpass ist ein weiteres Instrument. Es wird in Zukunft Kontrolle und Zugangsbeschränkungen, und in der Verlängerung Belohnung für Wohlverhalten und Bestrafung für Fehlverhalten ermöglichen. China lässt grüßen.

Das Traurige ist, dass gerade die Vertreter der christlichen Religion, die Kirchen, Schnarchzapfen sind und diese Entwicklung komplett verschlafen. Stattdessen machen sie sich zu Erfüllungsgehilfen staatlicher Nötigungsstrategien. Vielleicht müssen deshalb, so wie vor ca. 2000 Jahren, wieder einzelne Träger der Osterbotschaft sein. Damals waren es zunächst die Frauen, dann ein paar verrückte Fischer. Denn wenn man eines aus dieser Krise lernen kann: Die Institutionen sind bankrott. Wer auf sie wartet, wartet auf Godot. Wie ich in meinem Treblinka-Blog geschrieben habe: Wir müssen alles neu erfinden. Das ist eine Chiffre für Ostern.

Literatur und Hinweise

1. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The risk-benefit ratio of Covid-19 vaccines: Publication policy by retraction does nothing to improve it. Clinical and Translational Discovery. 2022;2(1):e35. doi: 10.1002/ctd2.35.
2. 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: 10.1056/NEJMoa2110345. PubMed PMID: 34525277.

Ich danke meinem Kollegen Rainer J. Klement für ein paar hilfreiche kritische, konstruktive Kommentare, die mich vor einem Fehler bewahrt haben.