

Unser Kommentar zur Studie von Buergin et al. ist jetzt publiziert

Manchmal muss man Umwege gehen, um ans Ziel zu kommen. Unserer führte nun zum *Egyptian Heart Journal*, das soeben [unseren Kommentar zur Studie von Buergin und Kollegen](#) publiziert hat [1, 2].

Die Studie von Buergin und Kollegen hatte ich schon einmal [im August 2023 lobend kommentiert](#). Zur Erinnerung: Die Autoren haben eine sorgfältige Beobachtungsstudie im Basler Kantonsspital an allen Spitalsangehörigen durchgeführt, die bereit waren mitzumachen. Diese Personen wurden vor und nach der 1. Booster-„Impfung“ mit dem Moderna-Präparat mRNA-1273 daraufhin untersucht, ob Anzeichen für eine Myokarditis auftraten. Dafür wurde Troponin gemessen. Das ist ein Eiweiß-Molekül, das in Muskeln vorkommt. Wenn es im Blut gemessen wird, und zwar mit einer höheren Konzentration als bei 99 % der Gesunden, dann wurde das – zusammen mit anderen Parametern – als Anzeichen für eine Herzmuskelentzündung, eine Myokarditis gewertet. Gemessen wurde 3 Tage nach der „Impfung“. Wenn Anzeichen für erhöhtes Troponin vorlagen, wurden noch andere Untersuchungen vorgenommen und mögliche andere Ursachen dafür ausgeschlossen. Das wurde nach einem strikten Protokoll durchgeführt und erst wenn keine anderen Erklärungsmöglichkeiten vorlagen, wurde die Myokarditis als durch die Impfung verursacht angesehen.

Das war bei 22 von 777 untersuchten Personen der Fall, also bei 2,8 %. Erhöhtes Troponin war zwar bei insgesamt 40 Personen gefunden worden, aber bei 18 wurden alternative Ursachen festgestellt. Konservativ und robust gemessen, bei einer Gruppe von prospektiv beobachteten Menschen, bekommen also 2,8 % nach der „Impfung“, und zwar nach der 1. Auffrischung, die der Deutsche kenntnisreich „Booster“ nennt, eine Myokarditis. Die Autoren beeilten sich zu sagen: Keine davon war schlimm; die Leute wurden zur Ruhe angehalten und sorgfältig nachbeobachtet.

Was mich und meinen Kollegen Rainer Klement dann aber doch nach der Tastatur hat greifen lassen, das war ein Absatz in der Diskussion. Dort schreiben die Autoren: Die Zahl von 2,8 % Myokarditis-Fällen sei zwar relativ hoch, aber bei einer gewöhnlichen Infektion sei das viel schlimmer.

Das finde ich unglaublich. Also habe ich die drei Referenzen, die dort als Beleg angegeben waren, durchgesehen und festgestellt: Sie beziehen sich alle auf hospitalisierte Patienten und in einigen dieser Publikationen war zu lesen, dass man davon ausgehen könne, dass das erhöhte Troponin nicht unbedingt etwas mit der Infektion zu tun hat,

Myokarditis ist nach Covid-19-„Impfungen“ häufiger als nach natürlichen Infektionen

sondern wohl schon vorher da war, als Anzeichen von bestehenden Krankheiten.

Wir haben uns dann auf die Suche nach Studien gemacht, in der Troponin bei ambulanten Covid-19-Patienten gemessen wurde. Dazu fanden wir eine Studie aus Polen [3]. Dort fand sich erhöhtes Troponin bei 1,8 % der nicht hospitalisierten und bei 7 % der hospitalisierten Covid-19 Patienten.

Bedenkt man außerdem, dass relativ auf die Bevölkerung gesehen wenige Patienten an hoch-symptomatischer Covid-19-Erkrankung mit Herzbeteiligung erkrankten, dass aber sehr viele Menschen geimpft und daher dem Risiko einer interventionsbedingten Myokarditis ausgesetzt werden, dann stimmt das Argument von Buergin und Kollegen nicht mehr. Erstens, weil die Zahlen bei ambulanten Patienten anders sind als bei den Hospitalisierten, und zweitens, weil sehr viel mehr Menschen geimpft werden, als erkranken.

Diesen simplen Sachverhalt versuchten wir in einem sehr einfachen und kurzen „Letter to the Editor“ ans European Journal of Heart Failure zu schicken, in dem die Originalarbeit erschienen war, relativ rasch nach der Online-Publikation. Und erhielten eine postwendende Absage. Es sei nicht interessant genug.

Um das richtig einordnen zu können, muss man den „normalen“ Wissenschaftsprozess kennen. „Normalerweise“ ist der Editor eines Journals zwar nicht verpflichtet, aber aufgrund der Gepflogenheiten gehalten, Hinweise auf Probleme mit einer publizierten Arbeit als Brief zu publizieren, manchmal mit Kürzungen, aber normalerweise wird so etwas publiziert. Vorher erhält es der Autor zur Kommentierung und dann wird Brief und Antwort des Autors publiziert.

Das ist „normal“. Denn es ist völlig normal, dass Autoren in ihren Aufsätzen etwas übersehen, oder dass etwas unklar dargestellt ist, oder dass die Peer-Reviewer etwas übersehen, oder dass Peer-Reviewer sogar drauf bestehen, dass Autoren etwas in ihre Aufsätze einbauen, was sie von sich aus nicht schreiben würden, aber auf Druck eines Reviewers schreiben, damit der Aufsatz angenommen wird. Und wenn dann andere, in dem Fall wir, eine fehlerhafte Denkfigur monieren, dann wird das „normalerweise“ ebenfalls publiziert, damit Leser des Artikels darauf aufmerksam werden.

Aber wir leben nicht in normalen Zeiten und die ganze Covid-19-Literatur ist politisch zurechtgebürstet. Daher hat der Editor unseren Kommentar abgelehnt und wir machten uns auf die Suche nach einer anderen Plattform. Das *Egyptian Heart Journal*, also das Fachjournal der ägyptischen Kardiologen, hat den Text schließlich nochmals durch den Review gegeben, weswegen es auch so lange gedauert hat.

Mein Kollege Rainer Klement war so geduldig, all die Reviewer-Kommentare einzuarbeiten,

Myokarditis ist nach Covid-19-„Impfungen“ häufiger als nach natürlichen Infektionen

den Text noch etwas länger zu machen, noch eine statistische Analyse zusätzlich zu rechnen. Der Kern der Arbeit ist geblieben.

Wir haben vorgerechnet: Wenn man die vorhandenen Prozent-Zahlen nimmt und hochrechnet – auf die Anzahl aller Geimpften in der Schweiz und in Deutschland – und errechnet, wie viele davon Myokarditis bekommen; wenn man außerdem die Zahlen der Covid-19-Erkrankten nimmt und ausrechnet, wie viele von diesen vermutlich Myokarditis bekommen haben, dann findet man:

In Deutschland dürften 1,97 Millionen an Myokarditis als Impfnebenwirkung erkrankt sein (2,8 % aller Geimpften), in der Schweiz knapp 170.000. In Deutschland dürften 32.093 Personen, die an Covid-19 erkrankt sind, Myokarditis aufgrund der Infektion bekommen haben (1,8 % aller Erkrankten). In der Schweiz 8.175.

Es ist also falsch zu sagen, aufgrund der Infektion hätten wesentlich mehr Menschen Myokarditis bekommen als aufgrund der „Impfung“.

Man muss fairerweise dazusagen, dass dieser Unterschied in den beiden Studien, die wir verwendet haben, Buergin et al und Niedziela et al, nicht sehr auffällig ist. Das hängt aber natürlich damit zusammen, dass der Unterschied zwischen 2,8 % mit hohem Troponin nach „Impfung“ (Buergin et al) und 1,8 % mit hohem Troponin nach natürlicher Infektion (Niedziela et al) nicht sehr groß ist und bei den relativ kleinen Studienkohorten nicht ins Gewicht fällt. Das tut er aber sehr wohl, wenn man die Prozent-Zahlen auf die Bevölkerung hochrechnet.

Krank durch natürliche Infektion werden relativ wenige. Geimpft werden sehr viele und daher sind auch sehr viel mehr dem Risiko einer Myokarditis ausgesetzt. Aus diesem Grund ist die Argumentation in der Diskussion von Buergin und Kollegen definitiv falsch: dass die Gefahr einer Myokarditis durch natürliche Erkrankung höher sei als durch Impfung.

Das Risiko ist bei der „Impfung“ vor allem für die jungen, gesunden Menschen hoch. Denn sie wurden mehrheitlich „geimpft“, haben aber ein verschwindendes Risiko für Probleme nach einer natürlichen Infektion.

Richtig also ist: In Deutschland dürften 60-mal mehr Menschen aufgrund der „Impfung“ Myokarditis bekommen haben, in der Schweiz 20-mal mehr, als aufgrund der natürlichen Infektion (der Unterschied kommt dadurch zustande, dass die „Impfquote“ in Deutschland höher lag).

Auch diese Schätzung ist sehr wackelig. Denn sie stammt aus den Zahlen gerade mal einer systematischen Studie, die noch dazu nicht sonderlich groß war. Aber es ist immerhin eine Datenbasis. Man hätte gleich zu Beginn das tun sollen, was viele gefordert haben:

systematisch und prospektiv beobachten.

Inzwischen halten wir fest: Die Covid-19-„Impfungen“ sind sehr nebenwirkungsträchtig und daher gefährlich. Wir haben gezeigt: Aufgrund der „Impfungen“ dürften mehr Menschen zu Schaden gekommen sein, zumindest was Myokarditis angeht, als durch die Krankheit. Daher gehört ihnen die Zulassung entzogen.

Quellen und Literatur

1. Klement RJ, Walach H. Commentary: raised c-troponin levels as a sign of myocardial injury after COVID-19 vaccination in healthy individuals are worrying. The Egyptian Heart Journal. 2024;76(1):16. doi: <https://doi.org/10.1186/s43044-024-00441-1>.
2. Buergin N, Lopez-Ayala P, Hirsiger JR, Mueller P, Median D, Glarner N, et al. Sex-specific differences in myocardial injury incidence after COVID-19 mRNA-1273 Booster Vaccination. European Journal of Heart Failure. 2023;25:1871-81. doi: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2978>.
3. Niedziela JT, Glowacki J, Ochman M, Pudlo R, Adamczyk-Sowa M, Nososiejska-Wiewióra A, et al. Post-COVID-19 complications in hospitalized and nonhospitalized patients: the Silesian database of COVID-19 complications (SILCOV-19). Polish Archive of Internal Medicine. 2022;132:16233. doi: <https://doi.org/10.20452/pamw.16233>.