

# Risiko-Nutzen-Analyse der Corona-Impfung

21.02.2022

oder

warum es falsch ist, die Impfung als solidarische Tat zu bezeichnen und warum es unfair ist, die Ungeimpften verantwortlich für die Situation zu machen

## 1. Geringer Schutz vor einer Infektion

So hat z. B. das wegen seiner hohen Impfquote hochgelobte Bremen mit **den höchsten Inzidenzwert**. Die bei der Zulassung der Impfstoffe (unzulässig) versprochene 90 % Schutzwirkung war jedenfalls von Anfang an Makulatur (siehe auch Punkt 3). Die genaue Analyse der fraglichen Studien rein auf Basis von PCR-Tests erspare ich an dieser Stelle.

## 2. Kein Schutz Dritter

Auch (infizierte) Geimpfte können das Virus genauso an Dritte weitergeben.

## 3. Unbekannte Schutzwirkung (vor schweren Krankheitsverläufen)

Wegen der unterschiedlichen Testpflicht-Vorgaben für Ungeimpfte und Geimpfte sind die Inzidenzen nicht miteinander vergleichbar. Mit 2G, 3G und den Reiserückkehrregelungen gab/gibt es eine Testpflicht weitgehend nur für Ungeimpfte. Und wenn nicht getestet wird (Geimpfte), ergibt sich natürlich auch eine geringere Inzidenz. Dafür ist unter ungetesteten Geimpften sicher eine höhere Dunkelziffer (unerkannte Infektionen) zu erwarten.

Auch die Hospitalisierungsquote sagt wenig aus, da viele der Corona-Patienten (v. a. Ungeimpfte) gar nicht wegen Corona in der Klinik sind.

Für Impfdurchbruch (Geimpfter) muss man neben einem positiven PCR-Test auch klinische Covid19-Symptome aufweisen. Bisher hat ein lediglich positiver PCR-Test zur Festlegung als Corona-Fall und ggf. auch als Corona-Todesfall genügt. Aufgrund dieser geänderten Definitionen sind die entsprechenden Zahlen (Inzidenzen, Todesfälle, etc.) nicht miteinander vergleichbar.

Aus nicht vergleichbaren Zahlen darf und **kann auch keine Schutzwirkung abgeleitet werden**.

Die rein auf Basis von PCR-Testergebnissen (Infektionen) abgeleitete Schutzwirkung, wie es z. B. bei der Impfstoffzulassung erfolgt ist, hat keine Aussagekraft. Diese Betrachtung sagt generell Nichts über Häufigkeit, Schwere oder gar Todesfälle einer (realen) Covid-19 **Erkrankung** aus und erfüllt nicht die Anforderung an eine wissenschaftliche Studie dafür.

Die Beschreibung der komplexen Anforderungen an eine wirklich wissenschaftliche Studie zur Schutzwirkung vor schweren Covid-19 Erkrankungen würde den Rahmen dieses Schreibens sprengen. In jedem Fall bräuchte es dazu **Ungeimpfte (in allen Altersklassen, vergleichbaren Vorerkrankungen, etc.) als Kontrollgruppe**, was aber augenscheinlich um jeden Preis verhindert werden soll.

Darüber hinaus ist generell jede Aussage zur Schutzwirkung durch (neue) Virus-Mutationen stark fehleranfällig.

## 4. Falsch dargestellter Impfnutzen bei RNA-Viren

Der häufig gemachte **Vergleich mit Pocken oder Masern**, bei denen es sich jeweils um ein stabiles DNA-Virus handelt, das keine Mutationen bildet, **war von Anfang an unzulässig**. Nur bei derartigen Viren kann eine nachhaltige Herdenimmunität und (lebens-)langer Schutz erreicht werden. Die Suggestion, mit **einer** Impfung („kleiner Pils“) könnte man dieses Pandemie-Problem lösen, war von Anfang an rein manipulativ und fachlich unkorrekt! Aufgrund des Virus-Typs und seinem Vorkommen bei zahlreichen Säugetierarten (nicht humanspezifisch) war und ist eine No-Covid-Strategie utopisch und die Suggestion, man könnte das Virus quasi ausrotten fachlich falsch. Das haben sogenannte Experten zur Zeit der Vorgängerregierung leider noch ganz anders dargestellt.

Bei der vergleichbaren Gripeschutzimpfung (RNA-Virus) geht man übrigens von einer Schutzwirkung von 10-60 % aus, wobei längst nicht immer der obere Wert erreicht wird. Klar ist, dass jede **Impfung gegen RNA-Viren** der tatsächlichen Situation (Virus-Mutation) **immer hinterherhinkt**.

## 5. Verleugnete Langfrisrisiken

Ich erinnere an die ca. 1000 Narkolepsie-Fälle in Schweden bis 2015 aufgrund einer dortigen Impfung gegen die Schweinegrippe in 2009 und an die möglichen ADE (antobody dependent-enhancement)-Komplikationen bei neuen Virusmutationen.

Darüber hinaus kann das Induzieren (z.B. durch Nanopartikel, Trägerstoffe, Wirkstoffverstärker) einer späteren Erkrankung (z.B. Krebs) durch eine Impfung niemals seriös ausgeschlossen werden, wie es Herr. Dr. Watzl und die Medien unablässig und unzulässig betreiben. Grundsätzlich handelt es sich um ein zeitliches Problem (Manifestationsdauer und Diagnose einer Krankheit), kein Quantitatives (Anzahl durchgeführter Impfungen). Zudem

kann die juristische Klärung und Feststellung eines Impfschadens Jahre in Anspruch nehmen, sofern es überhaupt gelingt (vgl. Punkt 6). Deshalb bietet eine hohe Zahl an Impfungen hierfür keine Sicherheit und auch **des- halb dauert das Verfahren einer „normalen“ Impfstoffzulassung 5-7 Jahre.**

## 6. Verharmloste Nebenwirkungen

Der Sicherheitsbericht des PEI benennt zu den Erwachsenen weit über 20.000 Verdachtsfälle schwerwiegender Nebenwirkungen oftmals mit bleibenden Schäden und über 1800 Verdachtsfälle eines tödlichen Ausgangs. Dies beinhaltet noch nicht die wesentlich höhere (Faktor 4-5), auch aufgrund einer fehlenden Meldepflicht, geschätzte Dunkelziffer. Der pauschal wirkende Tenor dieses Berichts, z. B. zu den Todesverdachtsfällen ist, dass der ur- sächliche Zusammenhang mit der Impfung nicht **zweifelsfrei** beantwortbar ist. Dies wird tatsächlich wohl auch nur in den wenigsten Fällen möglich sein. Bei der Festlegung eines Corona-Todesfalls hat man übrigens eine gegenteilige Definition getroffen. Hier ist man v.a. *mit* der Infektion gestorben; es musste kein zweifelsfreier Be- weis erbracht werden. Die (beabsichtigte) Wirkung dieser **Beweislastumkehr (Beweispflicht) im Falle der Impf-Schäden** ist offensichtlich.

Ich selbst kenne inzwischen viele mit schweren Impf-Nebenwirkungen (z. B. tagelanges hohes Fieber mit Schüt- telfrost, starke Lymphknotenschwellung, Rheumaschübe, wochenlange Erschöpfung). Auch ist mir bei vielen frisch Geimpften eine hohe Anfälligkeit für (bakterielle) Infektionen aufgefallen. Besonders beunruhigend ist der 47-jährige Verwandte von Richard, der sich kerngesund impfen hat lassen, um wieder ein normales Leben führen zu können und 2 Tage nach der Impfung an einem Blutgerinnsel im Gehirn verstorben ist.

Hinzu kommen die vielen Fälle koronarer Erkrankungen (z.B. Herzmuskelentzündungen). Hier behauptet man oftmals, es handle sich um eine bisher unentdeckte Herzschwäche – zwar in Summe unwahrscheinlich aber schwierig zweifelsfrei das Gegenteil zu beweisen.

Bei der Beurteilung eines medizinischen Sachverhalts (Erkrankung bzw. Todesfall) werden also unterschiedliche Maßstäbe angelegt und unsachgerecht, willkürlich entgegengesetzte Vorgaben bzw. Definitionen (Beweispflich- ten) gemacht.

## 7. Belastung des Immunsystems

Normalerweise produziert unser Körper während einer akuten Erkrankung, also für wenige Tage/Wochen, einen hohen Antikörperspiegel. Über die Auswirkungen eines künstlich (mRNA-Impfstoffe) erzeugten, dauerhaft hohen Antikörperspiegels gibt es kaum Erfahrungen. Allerdings gibt es erste Vermutungen einer **Erschöpfung des Immunsystems** (T-Zell Anergie) als mögliche Folge. Rein logisch betrachtet erscheint es plausibel, denn die Beseitigung der unnötigen und z.T. wirkungslosen (Virusmutation) Antikörper ist sicher eine Belastung für das Immunsystem, z.B. der T-Killerzellen. Es bindet Abwehrkapazitäten und vermindert die Resilienz gegenüber an- deren Infektionen und auch Krebs. Den heute vielfach in den Entscheidungsgremien vorsitzenden Militärs sollte die Problematik eines Zwei-Fronten-Krieges geläufig sein.

Bei (schweren) Virusinfektionen kommt es wegen der Belastung des Immunsystems relativ häufig zu parallelen, bakteriellen Infektionen. Die hohe Todesrate der Spanischen Grippe im letzten Jahrhundert war auch einer der- artigen bakteriellen Lungenentzündung geschuldet, gegen die damals kaum Antibiotika zur Verfügung standen. Auffällig ist jedenfalls, dass es seit Einsatz der neuen mRNA-Impfstoffe zu einer deutlichen **Übersterblichkeit** gekommen ist, während im ersten, „ungeschützten“ Pandemiejahr noch keine Zunahme der Sterblichkeit, trotz der damals gemeldeten Horror-Todeszahlen, zu beobachten war. Dieses Phänomen kann man übrigens in vielen Ländern feststellen.

In diesen Zusammenhang möchte ich auch nochmals die Frage aufwerfen, ob die starke Zunahme von (oft un- erklärbaren) Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, MS) in unseren westlichen Industrieländern nicht auch mit den stark intensivierten Impfkampagnen in Verbindung stehen könnte?

## Schlussbemerkungen:

Das Abwägen der persönlichen Gefährdungslage (Alter, Lebensumstände, Vorerkrankungen) unter Berücksichtigung des Virustyps (Mutationen, Mortalität) und dem real erzielbaren Nutzen (Punkte 1-4) mit den Risiken (Punkte 5-7) ist ein individu- eller Prozess, der niemals pauschal vom Staat zwangsangeordnet werden kann und darf. Heute wird man mit dieser selbst- verständlichen Forderung als Impfgegner, unsolidarisch oder noch schlimmer sogar als Tyrann diffamiert und angegriffen.

So darf beispielsweise der Weltärztepräsident, ohne jeden Aufschrei in der Politik, die Bürger\*innen aufhetzen („Tyrannei der Ungeimpften“) und damit eine Spaltung der Gesellschaft herbeiführen. Nach meinen Geschichtskenntnissen war es aber nie eine ausgegrenzte, angefeindete, machtlose und stigmatisierte Minderheit von der Tyrannei ausgeht, sondern vielmehr der Machtapparat der Herrschenden.

Mit den bisherigen Maßnahmen, der Stigmatisierung und den Schikanen für Ungeimpfte, wie z.B. einseitige Testpflichten (3G), Kenntlichmachung des Impfstatus (z.B. Armbänder) in der Freizeit und auf der Arbeit, Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben (1G, 2G) ist man bereits viel zu weit gegangen. Noch dazu, weil diese Ungleichbehandlung ohne sachlich (medizinisch) gerechtfertigte Legitimation (vgl. Punkte 1-4) erfolgt(e).