# Sie lügen oder sind inkompetent oder beides. Schlechte Voraussetzungen für ein wichtiges Amt – ein offener Brief an Prof. Dr. Karl Lauterbach

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Lauterbach,

Ich komme von einer Reise zurück und finde Ihren Brief, der mich zum Impfen auffordert. Er enthält entscheidende Fehlinformationen. Sie müssten das eigentlich wissen. Für mich gibt es zwei Möglichkeiten: Sie lügen, denn Sie wissen genau, dass diese Informationen falsch sind. Oder Sie wissen es nicht besser, dann sind Sie inkompetent. Beides sind sehr schlechte Voraussetzungen für eines der wichtigsten Ämter in der Regierung, wenn es um den Schutz der Bevölkerung vor Krankheit geht.

Sie schreiben, die Corona-Pandemie sei nicht vorbei. Können Sie mir erklären, warum unsere Nachbarländer, etwa Dänemark, Österreich, oder die Schweiz, alle Restriktionen oder Maßnahmen aufgehoben haben, wenn die Pandemie noch nicht vorbei ist? Möglicherweise hatte der österreichische Schaffner recht, der nach Passau in dem ICE nach Wien Fahrkarten kontrollierte, in dem ich vor 2 Wochen saß. Bekanntlich gilt in Österreich keine Maskenpflicht mehr in Zügen, schon seit dem Frühsommer. Die Fahrgäste nahmen mehrheitlich die Masken nach Passau ab. Eine etwas irritierte Dame fragte den österreichischen Schaffner, warum denn in Österreich keine Maskenpflicht herrsche. Der Schaffner erklärte sehr überzeugend: „Ja, wussten Sie nicht: Das Virus macht an der Grenze halt!“ Anscheinend hat sogar Präsident Biden verstanden, dass die Sache mit der Pandemie ausgestanden ist. Aber wir in Deutschland, wir waren ja schon immer von der gründlichen und von der langsamen Art.

Aber jetzt allen Ernstes: Wollen Sie uns wirklich weis machen, dass es noch eine Pandemie gibt, mal abgesehen davon, dass immer irgendwelche Erreger mit irgendeiner neuen Variante zirkulieren. Der Unterschied ist einfach: nach diesen Rhino-, Parainfluenza-, Influenza-, anderen Corona- und sonstwas- Viren sucht kein Mensch. Daher bleiben wir in glücklicher Unwissenheit über deren Verbreitung. Würden wir um diese ein ähnliches Aufheben machen wie um SARS-CoV2, dann würden wir unser Leben lang nicht mehr aus irgendeiner Pandemie herauskommen. Das müssten Sie eigentlich wissen, denn die Pandemie ist vor allem eine Funktion der ständigen Testerei mit einem Test, der anlasslos und in Niedrigprävalenzzeiten vor allem eines produziert: falsch Positive. Hat übrigens die WHO schon im Januar 2021 geschrieben. Nicht gewusst? Ihre Aussage, die Corona-

Pandemie sei nicht vorbei, ist also entweder inkompetent oder eine Lüge. Oder haben Sie vielleicht solide Belege für Ihre Behauptung?

Sie schreiben: „Eines der wirkungsvollsten Mittel…“ Moment mal, eines? Gibt es mehrere? Wenn ja welche? (Ich kenne eines, Sie auch? Gute Versorgung der Bevölkerung mit Vitamin D zum Beispiel [1].) Hier Ihre ganze Aussage: „Eines der wirkungsvollsten Mittel gegen das SARS-CoV-2 bleibt die Impfung“. Ich darf aus dem Abstract eines Artikels zitieren, der vor einigen Tagen als Preprint bei BioArXiv publiziert wurde [2]: „The recently identified, globally predominant SARS-CoV-2 Omicron variant (BA.1) is highly transmissible, even in fully vaccinated individuals, and causes attenuated disease compared with other major viral variants recognized to date (1–7). Also: Die kürzlich identifizierte, weltweit vorherrschende SARS-CoV2 Omikron-Variante (BA.1) ist sehr infektiös, sogar bei voll Geimpften, und verursacht eine schwächere Form der Erkrankung verglichen mit anderen viralen Varianten, die man bislang identifiziert hat.” Die Zahlen in Klammern sind übrigens die Belege für diese Behauptung. Wo sind die Belege für Ihre Behauptung?

Die Omikron-Variante von SARS-CoV2, die derzeit zirkuliert, ist also zwar ansteckend, aber harmlos. Wie kommen Sie dazu, mir, und vermutlich vielen anderen Bürgern Angst zu machen, indem Sie behaupten, es sei gefährlich an dem Virus zu erkranken? Wo ist der Beleg? Sie wissen genau, dass es dafür keine Belege gibt. Natürlich erkranken immer mal wieder Menschen, durchaus auch schwer, an diesem, sowie an anderen Viren. Aber das ist kein Grund, alle Leute über 60 verrückt zu machen und zur Impfung aufzufordern. Die Omikron-Variante, sagen die Autoren des soeben zitierten Aufsatzes „exhibits a remarkable escape from infection- and vaccine-induced humoral immunity (4,5,20,21). Further, it is less pathogenic than other VOCs in humans”. Diese Variante würde also einer durch Impfung erzeugten humoralen Immunität erstaunlich gut entkommen (4 Belege). Außerdem, so die Autoren, sei sie bei Menschen weniger gefährlich, als andere Virus-Varianten, die uns Sorgen machen (Variants of Concern). Wie genau geht das mit Ihrer Behauptung zusammen?

Dass eine Erkrankung an SARS-CoV2 zu Problemen führen kann, auch zu länger andauernden, das bestreitet niemand [3]. Aber Ihre Schlussfolgerung, dass die Impfung jemanden davor schützen würde, ist falsch und daher nicht nachvollziehbar.

Sie schreiben, die Impfung würde dazu beitragen, Infektionsketten zu durchbrechen. Diese Behauptung ist schon seit mindestens einem Jahr widerlegt [4-12].

Interessanterweise sind Sie schlau genug, nicht von der Sicherheit der Impfstoffe zu sprechen. Das sollten Sie aber. Denn eine Impfung ist eine Intervention, die vielen Menschen zuteilwird, um einige wenige Ereignisse zu verhindern. All die, die geimpft werden, ohne dass sie gefährdet sind und ohne, dass ihnen durch eine Infektion viel

Schaden entstehen würden, nehmen das Risiko in Kauf, die Nebenwirkungen zu erleiden. Diese sind beträchtlich, nur wissen wir leider zu wenig darüber. Denn Sie und Ihr Vorgänger haben versäumt eine saubere, ausreichend große Dokumentationsstudie zu veranlassen, die Auskunft geben könnte. Eine unlängst publizierte Studie, die die Zulassungsdaten der Impfstudien bei den amerikanischen und kanadischen Zulassungsbehörden analysierte, kam zum Schluss, dass der Nutzen, der in den Zulassungsstudien erkennbar war, den Schaden nicht aufwiegt [13]. Denn das Risiko, schwere Nebenwirkungen zu erleben ist höher, als das Risiko eine schwere Covid-19 Erkrankung zu erleben. (Wörtlich: „In the Moderna trial, the excess risk of serious AESIs (15.1 per 10,000 participants) was higher than the risk reduction for COVID-19 hospitalization relative to the placebo group (6.4 per 10,000 participants). In the Pfizer trial, the excess risk of serious AESIs (10.1 per 10,000) was higher than the risk reduction for COVID-19 hospitalization relative to the placebo group (2.3 per 10,000 participants).“ p. 3).

Also, nochmals zum Mitschreiben: Das Risiko, durch die Impfung geschädigt zu werden ist höher, als sich eine schwere Covid-19 Erkrankung zuzuziehen. Vermutlich wussten Sie das und haben daher nichts über die Sicherheit der Impfung in Ihrem Brief erwähnt. Aber jetzt mal Hand aufs Herz, Herr Lauterbach: Wenn einer weiß, dass die Intervention, die er empfiehlt, nicht sicher ist und er empfiehlt sie trotzdem, wie würden Sie das bezeichnen? Ich nenne das „Lüge“. Wenn einer wie Sie, der diese Impfung empfiehlt, diese zentrale Information nicht kennt, wie würden Sie das bezeichnen? Ich würde sagen: inkompetent.

Wir haben schon vor über einem Jahr darauf hingewiesen, dass diese Impfstoffe nicht sicher sind [14-16]. Als ich das letzte Mal, im September 2021, die Nebenwirkungsdatenbank des Paul-Ehrlich-Institutes aufgerufen habe und mir die Zahl der Todesfälle durch die SARS-CoV2 Impfung angesehen habe, da waren es 1.802 Todesverdachtsfälle. Alle anderen Impfungen zusammen haben seit Bestehen der Datenbank, also seit 2000, bis zu diesem Zeitpunkt 456 Todesverdachtsfälle aufzuweisen. Das ist um den Faktor 28 mehr in einem Jahr, als die anderen Impfungen in 20 Jahren zusammenbringen, oder, 28 mal 20, um den Faktor 560 mehr in einem Jahr. Vermutlich wissen Sie das ja. Denn es dürfte Ihnen ja nicht verborgen geblieben sein, dass das Paul-Ehrlich-Institut seine Nebenwirkungsdatenbank wegen „Wartungsarbeiten“ vom Netz genommen hat. Sie sind ja auch der Chef des Paul-Ehrlich-Institutes. Fänden Sie es nicht angemessen, den Bürgern Transparenz zu verschaffen? Das bewusste Verschweigen wichtiger Information nennt man, wie nochmal? In meinem Verständnis ist das Lügen. Oder, wenn einem nicht klar ist, dass eine wichtige Bundesbehörde wichtige Information verschweigt, dann ist das: Inkompetenz.

Auf der Webseite des Paul-Ehrlich Institutes steht schon seit Mitte April 2022: *„Das Paul-Ehrlich-Institut hat bis 14.04.2022 eine Datenbank veröffentlicht, mit allen in Deutschland gemeldeten Verdachtsfällen von Impfreaktionen und Impfkomplikationen (DB-UAW) für die*

*Jahre 2000 bis 2021. Da diese nationale Datenbank nicht mehr den hohen IT-Sicherheitsanforderungen des Bundesamtes für die Sicherheit im Informationstechnik (BSI) entsprach, hat das Paul-Ehrlich-Institut die Darstellung der Verdachtsfallmeldungen in der bisherigen Form bis zu deren technischen Erneuerung vorübergehend „on hold" gesetzt.*" (https://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/uaw-datenbank/uaw-datenbank-node.html) Wir schreiben jetzt Oktober 2022. Ich stelle erstaunt fest, dass in einem Land, das sich hoher technischer Standards rühmt, in dem es ein Krankheitsminister schafft, alle nicht gegen Covid-19 geimpften Bürger anzuschreiben, eine Nebenwirkungsdatenbank, die Auskunft über die Sicherheit der erwähnten Impfstoffe gibt seit einem halben Jahr nicht auf den neuesten technischen Standard gebracht werden kann. Wirklich, Herr Lauterbach? Allen Ernstes?

Im Übrigen zeigen schon basale immunologische Überlegungen, dass eine systemische Impfung welcher Art auch immer nicht gegen schleimhautgängige Infektionen schützen kann.

Sie erwähnen sogar die Grippe-Impfung. Das finde ich jetzt besonders drollig. Vermutlich ist Ihnen entgangen, dass die Cochrane-Collaboration schon 2018 einen sorgfältigen Review publiziert hat [17]. Der Effekt der Grippe-Impfung bei gesunden Erwachsenen ist marginal: Die Reduktion einer Grippe-Erkrankung ist *wahrscheinlich* (die Erkenntnis ist nicht sicher) eine von 2,3 % auf 0,9 % oder von 2 % auf 1 %. Man muss also 71 Gesunde impfen, um einen Fall von Grippe zu verhindern (das ist übrigens immerhin noch ein besserer klinischer Effekt, als bei der Covid-19 Impfung). Der Effekt auf die Arbeitsunfähigkeit ist nicht belegt. Dummerweise erzeugen die Impfungen auch mehr Fieber und andere unangenehme Nebenwirkungen. Eine Untersuchung an einer Fülle von Dokumentations- und Mortalitätsdaten an Menschen wie mir, die 65 oder älter sind, zeigt: Es nahmen zwar die Grippeimpfungen bei den Älteren zu, aber die Hospitalisierungen und Todesfälle zeigten keine Veränderung [18]. Würden Sie das einen Schutz durch Grippeimpfung bei Älteren nennen?

Also, zusammenfassend: Der Effekt ist kaum wahrnehmbar und sehr bescheiden. Nebenwirkungen sind nicht ausgeschlossen. Ich gehe davon aus, dass Sie das wissen, oder? Siehe oben.

Übrigens: In unserer oben zitierten Studie haben wir den Einfluss verschiedener Variablen auf die Covid-19 Mortalität während der ersten Welle in Europa untersucht. Länder, in denen mehr Grippeimpfungen durchgeführt wurden, hatten mehr Covid-19 Mortalität, warum auch immer [1]. Wussten Sie vermutlich nicht; auch ein Krankheitsminister kann nicht alles zur Kenntnis nehmen. Dafür habe ich Verständnis. Jetzt wissen Sie es. Ob sich dadurch was an Ihren Briefen ändert?

Sie sagen, ich soll mit meinem Arzt reden. Habe ich neulich aus anderem Anlass getan. Er sagte mir: Er sei jetzt zur Spezialpraxis für Covid-19-Impfnebenwirkungen geworden, weil er ein gutes Behandlungskonzept entwickelt habe. In kurzer Zeit habe er 300 neue Patienten, die ausschließlich deswegen zu ihm gekommen seien. Und das in einer sehr dichten und vollen Allgemeinarzt-Praxis in Berlin-Wedding. Falls Sie bei Ihrer nächsten Covid-19-Impfung Probleme kriegen, verrate ich Ihnen seine Adresse, falls Sie sie wissen wollen. Aber ich gehe mal davon aus, dass Sie nicht so dumm sind, sich selber mit dieser aberwitzigen Intervention behandeln zu lassen.

Übrigens: Ich führe gerade Interviews mit verschiedenen Experten durch und habe auch mit einem Krankenkassenchef geredet, der alle Daten seiner Kasse auf die Ziffer hin untersucht hat, die Ärzte abrechnen, wenn sie eine Covid-19-Impfnebenwirkung behandeln und der Kasse in Rechnung stellen. Er hat hochgerechnet und kommt auf die Zahl von 5 % aller Geimpften in Deutschland, die eine schwere, behandlungsbedürftige Covid-19-Impfnebenwirkung erlebt haben. Das sind übrigens ungefähr 3 Millionen Menschen in Deutschland. Ziemlich viel, finden Sie nicht? Die Toten sind da nicht dabei. Die können nämlich nicht mehr zum Arzt gehen und die Krankenkasse belasten.

Ach ja, Sie nehmen an, dass ich geimpft sei, oder vielleicht schon Covid-19 hatte. Ich kann Ihnen dazu sagen: Ich bin nicht geimpft, ich werde den Teufel tun. Lieber wandere ich aus. Und ich hatte auch noch nie eine ernsthafte Infektion mit diesem Virus. Ich hatte im Winter mal ein paar Tage Husten und ein Antikörpertest hat positiv angeschlagen. Nach 4 Tagen war der Zauber vorbei und der Test wieder negativ. Vielleicht war es auch nur ein falscher Test. Wie auch immer.

*Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Lauterbach: Was ich hier schreibe, habe ich so nebenbei an einem Abend in etwa 1,5 Stunden zusammengestellt, weil ich so sauer war über Ihren Brief. Das habe ich übrigens in meinen 65 Lebensjahren noch nicht erlebt, dass mich die Aktion eines Politikers so sauer gemacht hat, dass ich mir den Abend um die Ohren geschlagen habe. Anderen ging es wohl ähnlich.*

Wenn ich Sie wäre, würde ich vor Scham im Boden versinken. Oder aber mich auf den Hosenboden setzen und meine Behauptungen klitzeklein belegen. Da das schwer sein wird, wenn ich die Datenlage richtig einschätze, weiß ich nicht, was ich Ihnen raten soll. Wenn ich Sie wäre: Ich würde abtreten. Denn ich würde mich als Lügner oder als inkompetent, oder als beides entlarvt sehen. Kein schönes Gefühl, ich weiß.

Trotzdem: Bleiben Sie gesund. Mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen

Ihr

*Prof. Dr. Dr. Harald Walach*

# Quellen und Literatur


1. Klement RJ, Walach H. Identifying factors associated with Covid-19 related deaths during the first wave of the pandemic in Europe. Frontiers in Public Health. 2022;6th July 2022. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.922230.
2. Chen D-Y, Kenney D, Chin CV, Tavares AH, Khan N, Conway HL, et al. Role of spike in the pathogenic and antigenic behavior of SARS-CoV-2 BA.1 Omicron. bioRxiv. 2022:2022.10.13.512134. doi: https://doi.org/10.1101/2022.10.13.512134.
3. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports. 2021;11(1):16144. doi: https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8.
4. McLeod D, Martins IP, Pelech S, Beck C, Shaw CA. Dispelling the myth of a pandemic of the unvaccinated. International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research. 2022;2(1):267-86.
5. Hatfill SJ. Covid-19 vaccine mandates and the U.S. military. Journal of American Physicians and Surgeons. 2022;27(2):48-51.
6. Chau NVV, Ngoc NM, Nguyet LA, Quang VM, Ny NTH, Khoa DBaP, Nguyen Thanh, et al. Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam. SSRN Preprints. 2021. doi: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3897733
7. Shrestha NK, Burke PC, Nowacki AS, Terpeluk P, Gordon SM. Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals. medRxiv. 2021:2021.06.01.21258176. doi: https://doi.org/10.1101/2021.06.01.21258176.
8. 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.
9. 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.
10. Kampf G. The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing. The Lancet Regional Health – Europe. 2021;11:100272. doi: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100272.
11. 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, July—August 2021. medRxiv. 2021:2021.11.12.21265796. doi: https://doi.org/10.1101/2021.11.12.21265796.
12. Bleier BS, Ramanathan M, Lane AP. COVID-19 Vaccines May Not Prevent Nasal

SARS-CoV-2 Infection and Asymptomatic Transmission. Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2021;164(2):305-7. doi: https://doi.org/10.1177/0194599820982633. PubMed PMID: 33320052.
13. Fraiman J, Erviti J, Jones M, Greenland S, Whelan P, Kaplan RM, et al. Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults. Vaccine. 2022;40(40):5798-805. doi: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.036.
14. 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: https://doi.org/10.1002/ctd2.35.
15. Walach H, Klement RJ, Aukema W. Retracted: The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy. Vaccines. 2021;9(7):693. doi: 10.3390/vaccines9070693. PubMed PMID: doi: https://doi.org/10.3390/vaccines9070693.
16. 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
17. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni e, Rivetti A, Di Petroantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;(2):CD001269. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001269.pub6.
18. Anderson ML, Dobkin C, Gorry D. The Effect of Influenza Vaccination for the Elderly on Hospitalization and Mortality. Annals of Internal Medicine. 2020;172(7):445-52. doi: https://doi.org/10.7326/M19-3075.