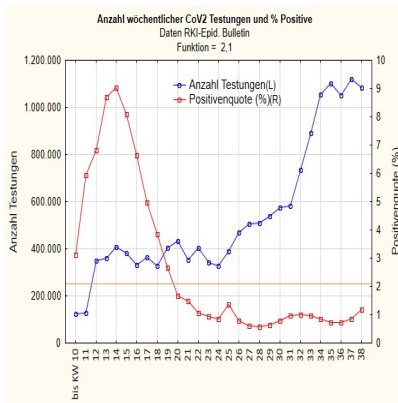




Steigende Fälle 2: Die deutsche Situation und das Mantra vom Impfen

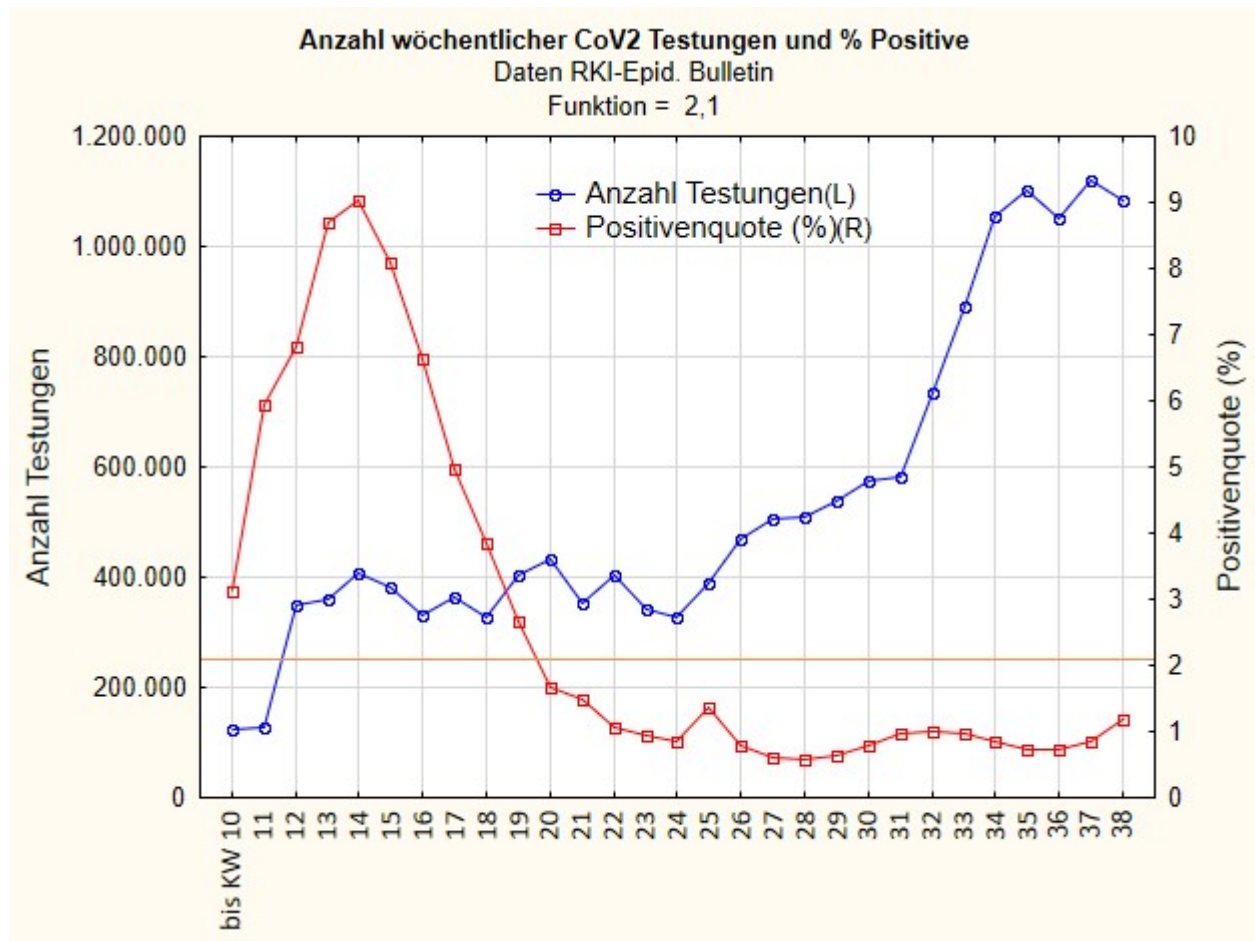
Description

Steigende Fälle?

Ich bin immer dankbar für aufmerksame Leser. Einer hat mich darauf hingewiesen, dass meine Betrachtung der Worldometer-Daten in meinem letzten Blog dazu führt, dass man aus den kumulativen Daten nur dann klare Trends ableiten kann, wenn die Veränderungen über den durchschnittlichen Werten vom 15.8.2020 liegen. Das ist in der Tat das Problem der kumulativen Daten der Worldometer-Datenbank. Die müsste ich sozusagen wöchentlich abspeichern und die wöchentlichen Zahlen ableiten, um die Daten sauber darstellen zu können. Was man allerdings aus ihnen ableiten kann, ist ob sich tatsächlich eine größere Steigerung ergeben hat oder nicht. Und wir sehen an den Daten: [Das ist in der Regel in Europa nicht der Fall, jedenfalls bei den meisten Ländern.](#)

Um dies für Deutschland genauer zu sehen, habe ich nochmals meine letzte Grafik mit den wöchentlichen (und nicht kumulativen) Daten des RKI für Deutschland aktualisiert, [die ich am 15.8. gepostet hatte](#) (Kalenderwoche 33) und die neuen Daten bis incl. 23.9.2020 (KW 38) eingearbeitet.

Hier sind sie:



Man sieht einen leicht steigenden Trend des prozentualen Anteils positiver Testergebnisse (rote Kurve, rechte Skala) im Vergleich zu den letzten Wochen. Der Anteil der prozentual positiven Fälle, gerechnet auf die Anzahl der Tests, liegt [lt. RKI](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/2020/08/2020_08_19_COVID-19.html) aktuell bei 1,19% und ist in der Tat seit Mitte August um dramatische 0,19 (!) Prozentpunkte gestiegen. Ich habe sicherheitshalber die 2,1% Grenze eingezogen, also die Grenze der Falsch-Positiven-Rate [1].

Unlängst hat mich wer gefragt, wie ich sie berechne. Ich habe die in dieser Publikation berichteten 8 positiven Tests von anderen Corona-Viren und die 3 falsch positiven von den Nullkontrollen genommen, also insgesamt 11 falsche Tests von allen, und durch die Gesamtzahl von 521 ausgewerteten Tests geteilt: $11/521 \cdot 100 = 2,1\%$. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Validierungs-Studie im Labor. Im wirklichen Leben wird in Deutschland meistens jede positive Probe erneut getestet. Allerdings sind die Bedingungen im Feld wesentlich schlechter als die im Labor, und die Zahl von 2,1% bezieht sich nicht auf die Personen, sondern auf die Anzahl der Tests.

Das bedeutet: Der Test wird in ca. 2,1% aller Fälle, in denen er angewandt wird, Menschen als Sars-CoV-2-positiv testen, die es nicht sind, oder die andere Corona-Viren in sich tragen. Alles was unter dieser 2,1% Grenze liegt ist also statistisches Rauschen.

Von allen Menschen, die in der letzten Woche getestet wurden, sind 1,19% Sars-CoV-2 positiv, also etwa einer von hundert. In einer U-Bahn mit 1.000 Menschen, würde man sie testen, wären also (statistisch betrachtet) maximal 12 Leute CoV2-positiv. Und bei diesen wäre es nicht einmal sicher, dass sie wirklich positiv sind, weil es sich im Rahmen der Auflösungsunsicherheit des Tests bewegt.

Sars-CoV-2-Impfung?

Mittlerweile habe ich das Buch von Clemens Arvay [2] ganz gelesen. Ich kann es nur empfehlen. Vor allem das Kapitel über die Impfstoffe finde ich zentral (S.154 – 180). Der Autor erklärt dort sehr schön, was (m)RNA-Impfstoffe sind: Sie schleusen RNA-Gensequenzen in das Gen-Material unserer Zellen ein; dadurch wird eine typische Sequenz des Virus erzeugt. Daraufhin beginnen unsere Immunzellen immunologische Abwehrreaktionen gegen diese Merkmalsproteinen des Virus zu erzeugen, wodurch dann, idealerweise, auch das echte Virus eliminiert wird.

mRNA-Impfungen

Die Technik ist ziemlich neu und eigentlich noch nicht gut genug erprobt, denn es gibt noch keine zugelassene Impfung nach diesem Verfahren. Man kann sich fragen, ob jetzt die Hysterie um das Corona-Virus dazu genutzt wird, um die aus gutem Grund strengen Regularien der Zulassung zu umgehen? Oder wie ist es zu verstehen, dass die Hersteller der Impfstoffe die Regierung um Übernahme der Haftung gebeten haben, für den Fall, dass was schief geht?

Man will den Profit gerne haben, der daraus entsteht, dass die ganze Welt geimpft werden soll, aber falls dann ein paar Tausend Leute schwere Schäden davon tragen sollten, was man nicht ausschließen kann, wenn man die Impfstoffe durch die Zulassung peitscht wie im Moment vorgesehen, dann soll doch bitte die öffentliche Hand, also wir alle, dafür zahlen? Ich empfehle allen, vor allem den Verantwortlichen, diese Passagen aus Arvays Buch zu studieren.

Das Tamiflu-Desaster

Das Ganze erinnert mich fatal an die Vogelgrippehysterie 2005/2006. Erinnern wir uns: Die WHO hatte damals ebenfalls eine Pandemie ausgerufen und empfahl Grippepräparate von Roche und anderen, allen voran Tamiflu. Sie sollten die Übertragung des Virus hemmen und schwere Verläufe bei Erkrankten verhindern. Die Zeitungen liefen vor lauter Lob dieser Substanz über. Die Bundesregierung hortete für Milliarden Euro Tamiflu (und vernichtete diese dann später wieder für ich weiß nicht wie viel Geld). Erstens kam keine Pandemie. Zweitens war Tamiflu und andere Präparate, wie sich nach hartnäckiger Recherche herausstellte, bei der die europäische Zulassungsbehörde die Daten herausrücken musste [3], nur wenig therapeutisch und gar nicht präventiv wirksam [4] und hatte ausserdem häufiger Nebenwirkungen als angegeben.

Vektor-Impfstoff ChAdOx1

Der Kandidat, der derzeit beim Rennen um einen Sars-CoV-2-Impfstoff die Nase vorn hat, ist der der Firma Vaccitech aus Oxford (nicht der Universität, wie oft gesagt wird, sondern einer kommerziellen Spin-off Firma der Universität). Es handelt sich um einen sog. Virus-Vektor Impfstoff mit dem Namen ChAdOx1, der von Vaccitech patentiert ist und von der Firma AstraZeneca produziert und auf den Markt gebracht wird. Bei diesen Impfstoffen passiert folgendes: Es wird ein Virus, das als harmlos angesehen wird, genetisch verändert transportiert dann Elemente desjenigen Virus, gegen das man eine Immunreaktion erzeugen will. In diesem Fall das Stachelprotein des Corona-Virus. Über dieses sog. Vektor-Virus, hier ein genetisch verändertes Adeno-Virus, wird dann das Material in die menschlichen Zellen geschleust und eine Immunreaktion provoziert.

Ich habe mir mittlerweile die Daten der zentralen Impfstudie des Vektor-Impfstoffes gegen CoV2 aus Oxford angesehen. [5] Dazu sollte man wissen: Die zentralen Autoren haben finanzielle Interessenkonflikte, weil sie ihr eigenes Patent beforschen, an dem sie später gut verdienen werden, wenn es in die Fertigung geht.

Bei dieser Studie wurden die erste Phase, die Sicherheitsphase und die zweite, die klinische Phase, bereits ineinander verschoben – also mit der klinischen Phase begonnen, bevor die Sicherheitsdaten vorlagen.

Insgesamt wurden etwas mehr als 1000 Freiwillige mit einem medianen Alter von 35 Jahren in die Studie aufgenommen, also vor allem junge Leute, die gesund waren. Die Studie macht plausibel, dass der Impfstoff, der über einen genetisch veränderten Adeno-Virus die entsprechenden CoV2-Proteine in den Körper einbringt, eine Antikörper-Reaktion auslöst. Das ist sichtbar.

Die Studie zeigt auch, dass der Impfstoff problematisch ist. Hier ist eine Tabelle mit Nebenwirkungen. Es sind die Symptome, die erfragt wurden und die innerhalb der Kurzbeobachtungszeit von 4 Wochen auftraten. Längere Beobachtungen, insbesondere Daten über die Langzeitsicherheit, liegen nicht vor. Weil man schon im Vorfeld mit schwereren lokalen Reaktionen gerechnet hatte, die wohl bei solchen Impfstoffen öfter vorkommen, durften manche Studienteilnehmer in manchen der Studienzentren einen Tag lang im Abstand von 6 Stunden je 1 Gramm Paracetamol, einen Schmerz- und Entzündungshemmer, einnehmen (was im Übrigen eine relativ hohe Dosis ist).

Die Häufigkeit der Nebenwirkungen unter Paracetamol sind in Klammern angegeben. Hier die Nebenwirkungen in Prozent der Teilnehmer:

Nebenwirkung	Häufigkeit in Prozent (unter Paracetamol)
Muskelschmerzen	60% (48%)
Krankheitsgefühl	61% (48%)
Erschöpfung	70% (71%)
Fiebergefühl	51% (36%)
Fieber bis 38Grad	18% (16%)
Fieber bis 39Grad	8% (2%)
Neutropenie	46%

Falsche Annahmen

Erinnern wir uns: Wir reden von einem Impfstoff, der verhindern soll, dass die Leute eine grippe-ähnliche Erkrankung kriegen, die in seltenen Fällen eine Lungenentzündung als Komplikation haben kann und ansonsten bei ungefähr 20% derer, die die Erkrankung überhaupt bekommen, Grippesymptome macht. Nimmt man die Daten aus Deutschland, dann haben lt. RKI bis jetzt ungefähr 280.000 Menschen, von denen wir wissen, dieses Virus bekommen, das sind 3,5 Promille der gesamten Bevölkerung Deutschlands.

Die anderen, die mit dem Virus in Berührung kamen, haben es höchstwahrscheinlich deswegen nicht bekommen, weil sie dagegen durch ihre Immunität, entweder durch Kreuzimmunität gegen andere Corona-Viren oder durch ihre natürliche, unspezifische Abwehr geschützt sind. Das legt das jüngste Editorial des BMJ von Peter Doshi nahe [6], das ich bereits im letzten Blog erwähnte.

Im Klartext: Die Annahme war einfach falsch, dass alle Menschen, die mit dem Virus in Kontakt kommen, erstens angesteckt werden und dann zweitens Symptome bekommen.

- Erstens haben sich nicht alle angesteckt,
- und von denen, die sich angesteckt haben, hat nur eine Minderheit Symptome bekommen

- und von denen, die Symptome bekommen haben, hat nur eine kleine Minderheit schwere Symptome bekommen und ist gestorben.

Das soll nicht bagatellisieren, dass manche Menschen schwer krank wurden. Ja, wurden sie. Auch nicht, dass manche gestorben sind. Ja, sind sie. Genau das passiert jeden Winter, immer wieder, wenn Infektionen durchs Land ziehen. Manche bekommen Symptome, manche davon schwer, und manche sterben auch. Die Übersterblichkeit der letzten großen Grippewelle in Deutschland [lag bei etwa 25.000 Menschen](#). Wir reden heute in Deutschland von 9.409 Menschen, die an oder mit CoV2 gestorben sind.

Es ist in der Tat eine schwere Infektionswelle, aber keine, die aus der Reihe schlägt. Und nochmals: Das ist nicht deswegen so, weil uns die Regierung und die Maßnahmen geschuldet haben, sondern weil uns unser Immunsystem schuldet. Ich hatte bereits in den letzten Blogs gesagt: Die sorgfältigen Modellierungen von Wieland [7, 8] und auch andere Analysen [9-11] zeigen, dass die Behauptung nicht haltbar ist, die Lockdown-Manahmen seien verantwortlich für die moderate Zahl der Infektionen und Todesfälle.

Ein Impfstoff der das Immunsystem schwächt?

Und nun sollen wir, vom Steuerzahler finanziert, weil die Regierung anscheinend diesen Impfstoff bereits im Voraus bezahlt hat, mit einem Impfstoff versorgt werden, der bei einer Mehrheit der Personen genau die Symptome erzeugt, die er eigentlich verhindern soll?

Die grippe-ähnlichen Symptome sind als Nebenwirkung ja verkraftbar, aber die Tatsache, dass bei fast der Hälfte der Freiwilligen eine deutliche Reduktion der Neutrophilen festgestellt wird – einer Fraktion der Lymphozyten, die für die unspezifische Abwehr zentral sind – das sollte uns zu denken geben. Denn das heißt: Wenn in diesem Zeitfenster von einigen Tagen bis zwei Wochen, in denen die Abwehr eingeschränkt ist, ein anderer Erreger des Weges kommt, dann sind wir während dieser Zeit schlecht geschützt. Man sollte vielleicht auch noch dazu sagen, dass der Versuch an Primaten, der diesem Test vorausging, ergeben hat, dass die Primaten zwar Antikörper bilden, aber die geimpften Affen genauso Viren ausschieden, wie die ungeimpften [12].

War das nicht eines der wichtigsten Argumente für dieses Impfszenario? Man will, dass die Verbreitung des Virus verhindert wird? Wird sie aber nicht. Und nicht vergessen: In der klinischen Studie waren lauter junge Leute, keine Alten, Kranken und Risikopatienten. Wir haben keine Ahnung, wie diese Bevölkerungsgruppe auf eine solche Impfung reagieren würde. Und wenn wir auf einen wirklich sicheren und gut erprobten Impfstoff hinarbeiten würden, das zeigt Clemens Arvey in seinem Buch sehr deutlich, dann würden wir 7 bis 12 Jahre warten müssen.

Die Pandemie ist –!– vorbei

Nein, Frau Bundeskanzlerin, die Pandemie ist nicht erst dann vorbei, wenn ein Impfstoff gefunden wird. Sie ist schon jetzt vorbei, auch ohne Impfstoff. Möglicherweise kommt irgendwann nochmals die eine oder andere Welle mit diesem Corona-Virus, so wie auch andere Viren in Wellen über uns rollen, ohne dass die Welt untergeht.

Wenn wir auf einen sicheren und funktionierenden Impfstoff warten wollen, dann warten wir noch lange. Vielleicht finden wir ihn nie. Vielleicht finden wir ihn. Aber brauchen wir ihn auch? Diese Frage hat glaube ich noch niemand gestellt. Alle denken, ohne Impfung geht es nicht, weil wir vom Impfmantra der Politiker und Medien hypnotisiert sind: –!–Die Pandemie ist erst vorbei wenn ein Impfstoff gefunden ist, die Pandemie ist erst vorbei wenn –!–?

Ich habe in dieser Pandemie noch keinen dämmeren Satz gehört, als diesen. Und nach Sichtung dieser Daten würde ich hinzufügen: Ich habe noch nie einen gefährlicheren Satz gehört als diesen.

Bedenkt man nämlich, dass selbst bei gut geprüften Impfstoffen immer wieder zwar seltene, aber schwere Nebenwirkungen vorkommen, dann muss man sich sehr gut überlegen, wann man sie anwendet und bei wem. Vor allem bei einer Krankheit, die einen solchen Eingriff nie und nimmer rechtfertigt.

Nebenwirkungen

Vor kurzem wurde in „Scientific Reports“, einem Nature-Journal, eine Studie vorgestellt, in der die Geschichten von 7 Einzelfällen berichtet werden. Sie alle haben schwere Muskel- und Systemerkrankungen bekommen, aufgrund der Aluminiumbeigaben in klassischen Impfstoffen, die an sich gut erprobt sind [13]. Vor allem Aluminium kann Autoimmunprozesse auslösen, aber auch andere Stoffe sind problematisch [14].

Wie die Fälle der 7 Muskelerkrankten zeigen, können diese Autoimmunprozesse oft erst nach Monaten sichtbar werden. Solche Impfhilfsstoffe werden beigegeben, um das Immunsystem zu aktivieren. Dazu kommen noch viele Stoffe, die durch den Herstellungsprozess eingebracht werden, meistens Nanopartikel von Metallen, die nicht deklariert werden, weil sie in sehr kleinen Mengen vorkommen. Sie können aber durch ihre Größe durchaus immunologisch relevant sein und für heftige Nebenwirkungen sorgen [15].

Machen wir zum Abschluss ein kleines Rechenexempel. Seltene, schwere Nebenwirkungen sind solche die bei weniger als einem von 10.000 Fällen auftreten. Nehmen wir mal an bei je 10.000 Leuten würde ein solcher schwerer autoimmunologischer Fall auftreten. Das wären dann bei einer Bevölkerung der Größe von Deutschland, wenn alle geimpft werden, immerhin 8.000 Menschen. Dann sind wir schnell bei der Zahl Menschen, die bis jetzt an oder mit Sars-CoV-2 gestorben sind. Und bei diesen Gestorbenen sind sehr viele, die aufgrund ihres Alters und ihrer Gebrechlichkeit in einem Gesundheitszustand waren, wo sie vielleicht auch rasch einem anderen Erreger erlegen wären. Bei den potenziellen Impfnebenwirkungen reden wir aber von Kindern und jungen Leuten, die diese dann ein Leben lang mit sich tragen.

Und nun wollen wir mit einem Impfstoff, dessen Sicherheit wir überhaupt nicht einschätzen können, die Welt vor einem vermeintlichen Drama bewahren, indem wir möglicherweise ein noch größeres Drama heraufbeschwören?

Fazit

Gerade haben belgische Ärzte und Pflegende einen [offenen Brief an ihre Regierung geschrieben](#), der sagt, es gebe in Belgien keinen Grund mehr für Notmaßnahmen, denn die Krankheit sei weit weniger problematisch als anfangs befürchtet und unser Immunsystem sehr gut in der Lage, damit zurecht zu kommen. Sollte uns das nicht zu denken geben?

Ich frage mich zunehmend, was das soll: Eine Krise wird heraufbeschworen, die wenn überhaupt dann höchstens eine Kommunikations- und Polit-Krise ist. Das Ende der Krise wird mit dem Vorhandensein eines Impfstoffes verbunden. Der wird gekauft (und teilweise produziert) noch bevor er fertig ist. Und was man über die bisherigen Ergebnisse hört, ist alles andere als Zuversicht einflößend.

Wem genau nützt das alles?

Und warum sollten wir das unterstützen?

Und wer hat das Recht so zu handeln?

Quellen und Literatur

1. Matheeußen V, Corman VM, Donoso Mantke O, McCulloch E, Lammens C, Goossens H, et al. International external quality assessment for SARS-CoV-2 molecular detection and survey on clinical laboratory preparedness during the COVID-19 pandemic, April/May 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(27):2001223. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.27.2001223>.
2. Arvay CG. Wir können es besser. Wie Umweltzerstörung die Corona-Pandemie auslöste und warum Ökologische Medizin unsere Rettung ist. Köln: Quadriga; 2020.
3. Doshi P, Jefferson T. The first 2 years of the European Medicines Agency's policy on access to documents: secret no longer. *Archives of Internal Medicine*. 2013;doi:10.1001/jamainternmed.2013.3838.
4. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;CD008965(April).
5. Folegatti PM, Ewer KJ, Aley PK, Angus B, Becker S, Belij-Rammerstorfer S, et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2020;396(10249):467-78. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31604-4.
6. Doshi P. Covid-19: Do many people have pre-existing immunity? *BMJ*. 2020;370:m3563. doi: 10.1136/bmj.m3563.
7. Wieland T. Flatten the Curve! Modeling SARS-CoV-2/COVID-19 Growth in Germany on the County Level. *medRxiv*. 2020:2020.05.14.20101667. doi: 10.1101/2020.05.14.20101667.
8. Wieland T. A phenomenological approach to assessing the effectiveness of COVID-19 related nonpharmaceutical interventions in Germany. *Safety Science*. 2020;131:104924. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104924>.
9. Kuhbandner C. Von der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der Corona-Maßnahmen Heidelberg: Spektrum; 2020 [cited 2020 27.4.]. Available from: <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-begrundung-der-corona-massnahmen/>.
10. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Comment on Dehning et al (Science, 15 May 2020, eabb9789: Inferring change points in the spread of COVID-19 reveals the effectiveness of interventions). *advance Social Sciences and Humanities Preprint*. 2020;Preprint. doi: <https://doi.org/10.31124/advance.12362645.v1>.
11. Kuhbandner C, Homburg S, Walach H, Hockertz S. Was Germany's Corona Lockdown Necessary? *Advande* Sage Preprint. 2020. doi: 10.31124/advance.12362645.v3.
12. van Doremalen N, Lambe T, Spencer A, Belij-Rammerstorfer S, Purushotham JN, Port JR, et al. ChAdOx1 nCoV-19 vaccination prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques. *bioRxiv*. 2020:2020.05.13.093195. doi: 10.1101/2020.05.13.093195.
13. Kim H, Lim KY, Kang J, Park JW, Park S-H. Macrophagic myofasciitis and subcutaneous pseudolymphoma caused by aluminium adjuvants. *Scientific Reports*. 2020;10(1):11834. doi: 10.1038/s41598-020-68849-8.
14. Guimarães LE, Baker B, Perricone C, Shoenfeld Y. Vaccines, adjuvants and autoimmunity. *Pharmacological Research*. 2015;100:190-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrs.2015.08.003>.
15. Gatti AM, Montanari S. New quality-control investigations on vaccines: Micro- and nanocontamination. *International Journal of Vaccines and Vaccination*. 2017;4(1):00073. doi: 10.15406/ijvv.2017.04.00072.

Date Created
29.09.2020