Nach wie vor geht ein Riss durch die Gesellschaft, wenn es um die Frage nach dem Sinn und den Auswirkungen der Coronaimpfung geht. Schon bei der Bezeichnung „Impfung“ scheiden sich oft die Geister. Kann man ein Arzneimittel, das weder über einen längeren Zeitraum wirksam vor einer Infektion schützt noch eine Übertragung des Erregers auf andere Menschen verhindert, überhaupt als Impfstoff bezeichnen? Sind die mRNA-Produkte nicht eher therapeutische Medikamente, die lediglich schwere Krankheitsverläufe verhindern? Wenn das der Fall sein sollte, dann hätten die mRNA-Produkte eigentlich als Gentherapeutika eingestuft werden müssen – mit der Folge, dass sie aufgrund ihres neuartigen Wirkprinzips zwingend ein besonders strenges und aufwendiges Zulassungsverfahren hätten durchlaufen müssen. Von **Günter Eder**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/241105_Analyse_des_Sterbegeschehens_vor_und_nach_Beginn_der_mRNA_Impfungen_Teil_1_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Angesichts des Zeitdrucks, dem sich die Politik während der Coronazeit ausgesetzt sah, ist hierin möglicherweise ein entscheidender Grund zu sehen, warum die mRNA-Präparate nicht als Medikament, sondern als Impfstoff klassifiziert wurden. Denn genbasierte Impfstoffe unterliegen (eigenartigerweise) nicht den strengen Zulassungsanforderungen, die für Gentherapeutika gelten. [1] Nur so war es möglich, ein teleskopiertes, d.h. stark reduziertes und zeitlich gerafftes Zulassungsverfahren zur Überprüfung der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der mRNA-Präparate anzuwenden. Welche Folgen der Verzicht auf ein gründliches und umfassendes Zulassungsverfahren für die Geimpften gehabt hat, soll im Weiteren anhand von Sterbezahlen, die soweit möglich offiziellen Quellen entnommen sind, genauer untersucht werden.

Wie aussagekräftig sind die Coronasterbezahlen?

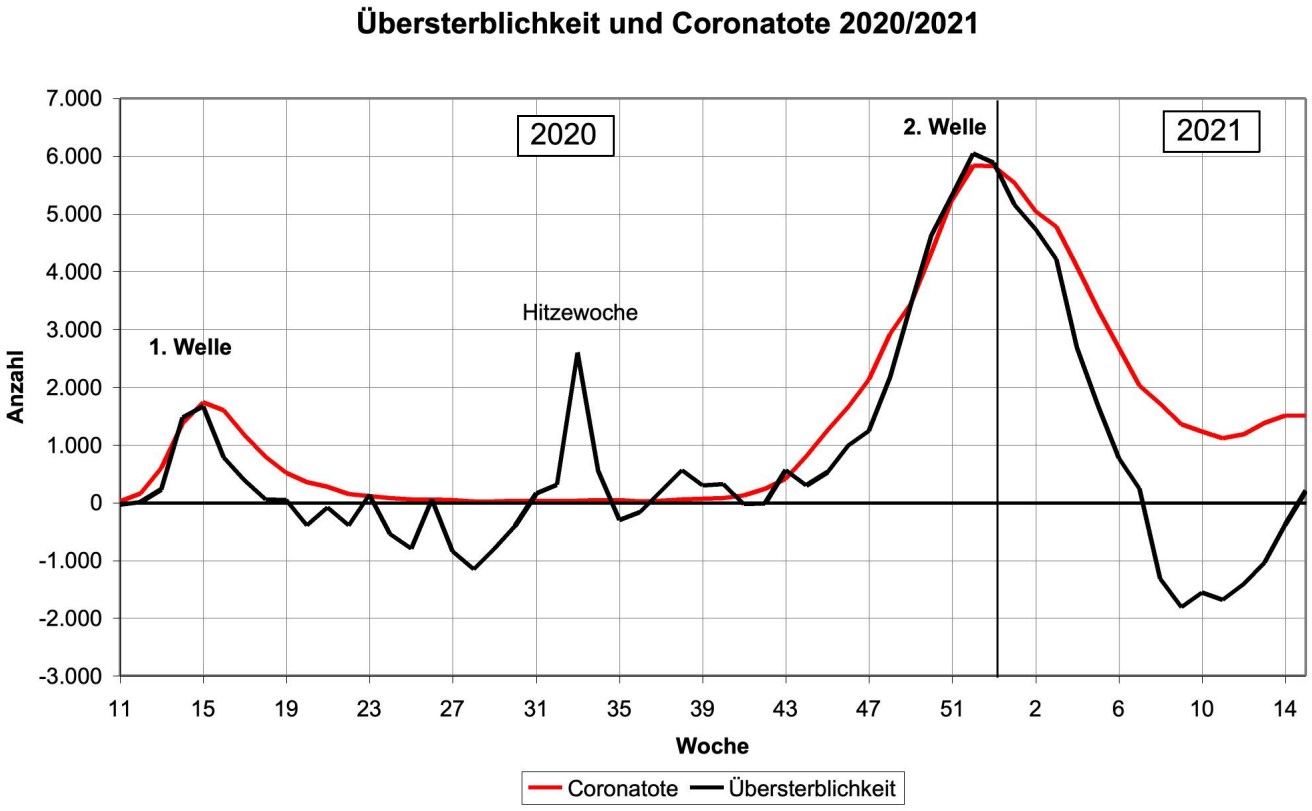
Das Robert Koch-Institut (RKI) bezeichnet alle Verstorbenen, für die ein positiver PCR-Test vorliegt, als Coronatote. Der konkrete Krankheitsverlauf hat keinen Einfluss auf die Zuordnung. Selbst Personen, die bereits vor der festgestellten Infektion unter schweren Erkrankungen litten und daran möglicherweise auch gestorben sind, werden den Coronatoten zugerechnet. Es wird also nicht unterschieden, ob jemand AN oder MIT Corona starb. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Zahl der Menschen, die tatsächlich infolge einer Covid-Infektion gestorben sind, systematisch und möglicherweise sogar massiv überschätzt

wird.

Eine Möglichkeit, die Sterbezahlen besser verstehen und beurteilen zu können, besteht darin, sie mit der Übersterblichkeit abzugleichen. Auf die Übersterblichkeit hat im Übrigen auch das RKI in der Vergangenheit stets zurückgegriffen, wenn es darum ging, die Zahl der Menschen, die im Zuge einer Grippeepidemie gestorben sind, abzuschätzen. Aufgrund der massenhaft durchgeführten PCR-Tests während der Coronazeit bietet sich nun erstmals die Gelegenheit, zu überprüfen, ob bzw. wie eng die beiden Größen „Übersterblichkeit“ und „Infektionstote“ miteinander verknüpft sind. [2] Das war vorher (bei der Grippe) nicht möglich.

Abbildung 1 lässt erkennen, dass die vom RKI ausgewiesenen Coronasterbezahlen im Jahr 2020, als noch nicht geimpft wurde, sehr gut mit dem Verlauf der Übersterblichkeit harmonieren. Sowohl während der ersten wie auch während der zweiten Coronawelle stimmen die Werte nicht nur von der maximalen Höhe her, sondern auch im ansteigenden Kurvenverlauf sehr gut überein. Warum sich die Kurven im absteigenden Zweig voneinander entfernen, wird in [3] ausführlich diskutiert.

Abbildung 1



Angesichts der fehlenden Differenzierung der Coronasterbezahlen (nach AN oder MIT) überrascht die gute Übereinstimmung der Verläufe. Der Sachverhalt kann eigentlich nur dahingehend interpretiert werden, dass auch Personen, die nicht ursächlich AN, sondern lediglich MIT Corona verstarben, aufgrund der Covidinfektion früher gestorben sind, als es ohne die Infektion der Fall gewesen wäre. Daraus folgt, dass auch die bisherigen RKI-Angaben zur Zahl der Grippetoten, die ja durchweg aus der Übersterblichkeit abgeleitet sind, sowohl AN als auch MIT der Grippe Verstorbene beinhalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei den Angaben des RKI zur Zahl der Coronatoten (trotz des Mangels, nicht zwischen AN und MIT zu differenzieren) um aussagekräftige Daten handelt, auf deren Nutzung man nicht verzichten sollte. Insbesondere in Verbindung mit Daten aus anderen Quellen können sie wertvolle neue Erkenntnisse liefern.

Todesfälle infolge von mRNA-Impfungen

Bereits sehr früh, als noch gar nicht absehbar war, ob Corona nicht auch medikamentös erfolgreich bekämpft werden könnte, entschied die Bundesregierung, dass die Pandemie

erst beendet sei, wenn ein Impfstoff zur Verfügung steht. Ob diese Vorfestlegung gerechtfertigt war oder nicht, ist zu keinem Zeitpunkt wissenschaftlich hinterfragt oder gesellschaftlich diskutiert worden. Man hat die Festlegung hingenommen, wie man eine Wettervorhersage hinnimmt. Fortan galt die Impfung als Königsweg aus der Pandemie. Kritik an dieser Vorgabe war nicht erwünscht. Wer Zweifel an der Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit der neuartigen mRNA-Impfstoffe äußerte, musste damit rechnen, ausgegrenzt und diffamiert zu werden. Die politische Festlegung, dass die Impfung der einzige Weg aus der Pandemie sei, dürfte wesentlich dazu beigetragen haben, dass über Impfnebenwirkungen zu keinem Zeitpunkt offen gesprochen wurde und dass dies bis heute ein Tabuthema ist.

Dabei hat das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) zu keinem Zeitpunkt ein Geheimnis daraus gemacht, dass die mRNA-Impfungen mit Todesfallmeldungen einhergingen. In den Sicherheitsberichten wurde die Zahl der Meldungen regelmäßig ausgewiesen. Und die Todesfallmeldungen müssen als durchaus belastbar angesehen werden, da sie nicht auf Vermutungen oder kurzen Einzeilern von Angehörigen oder Freunden beruhen. Für jeden Todesfall ist ein differenzierter Bericht über „Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ zu erstellen. Dieser gibt nicht nur Auskunft über den Impfstoff, die Chargennummer, die Impfanamnese und das Impfdatum, sondern auch darüber, welche Diagnosen im Einzelnen durchgeführt wurden und inwieweit die Ergebnisse den Verdacht erhärten, dass ein Impfschaden vorliegt. Auch die durchgeführten differentialdiagnostischen Untersuchungen sind möglichst genau zu beschreiben, da sie für die Bewertung des kausalen Zusammenhangs von Impfung und beobachtetem Verdacht der Impfkomplikation von größter Wichtigkeit sind. Aufgrund der detaillierten Angaben, die zum Sterbeprozess gemacht werden müssen, werden Todesfallmeldungen in der Regel von Ärzten eingereicht, die mit dem Fall vertraut sind.

Im Jahr 2021 gingen beim PEI insgesamt 2.255 Meldungen ein, bei denen der begründete Verdacht bestand, dass die Impfung den Tod verursacht hat. Weitere 768 Fälle kamen im ersten Halbjahr 2022 hinzu. Seit dem 1. Juli 2022 macht das PEI keine Angaben mehr zur Zahl der Impftoten.

Die Gesamtzahl von 2.255 Todesfallmeldungen im Jahr 2021 muss als extrem hoch eingestuft werden, selbst wenn man bedenkt, dass wesentlich mehr Menschen geimpft worden sind als in den Vorjahren. Tatsächlich war die Zahl der Impfungen etwa viermal so hoch wie in der Vor-Coronazeit. Durchschnittlich sind zwischen 2016 und 2019 etwa 36 Millionen Impfungen durchgeführt worden. Diese hatten im Mittel etwa 25 Todesfallmeldungen pro Jahr zur Folge. Überträgt man diese Meldequote auf die Coronazeit, so wäre im Jahr 2021 mit etwa 100 Todesfallmeldungen zu rechnen gewesen.

Tatsächlich gab es jedoch 2.255 Meldungen. Geht man davon aus, dass jeder Impftote dem Gesundheitsamt mit der gleichen Wahrscheinlichkeit gemeldet wird, egal ob in der Corona- oder der Vor-Coronazeit, so ist das Risiko, infolge einer mRNA-Impfung zu sterben, mehr als 20-mal so hoch wie das entsprechende Risiko bei traditionellen Impfstoffen.

Die gemeldete Zahl an Todesfällen dient im Weiteren als Kriterium zur Beurteilung der Sicherheit der mRNA-Impfstoffe. Da bei allen gemeldeten Fällen der begründete Verdacht besteht, dass die Impfung den Tod verursacht hat, werden die Verstorbenen im Weiteren vielfach auch verkürzt als „Impftote“ bezeichnet. Die Klassifizierung erfährt ihre Rechtfertigung aus dem Vorgehen des RKI, das positiv getestete Verstorbene auch stets als „Coronatote“ angesehen hat, unabhängig davon, ob die Coronainfektion den Tod verursacht hat oder nicht. Für die Einordnung genügte ein positiver PCR-Test.

Es besteht kein Zweifel daran, dass nicht jeder gemeldete Impftote tatsächlich an der Impfung gestorben ist. Dafür ist die Frage nach der Todesursache ganz einfach mit viel zu vielen Unwägbarkeiten verbunden. Letztlich würde man die Zahl der Impftoten systematisch überschätzen, wenn das nicht berücksichtigt würde. Auf der anderen Seite muss man bedenken, dass nicht alle Menschen, die infolge der Impfung starben, auch als solche erkannt und dem Gesundheitsamt gemeldet worden sind. Das gilt sowohl für Todesfälle in zeitlicher Nähe zur Impfung als auch für solche, die erst später eintreten. Wer mag nach Monaten oder Jahren beurteilen, ob ein überraschender Todesfall einen Zusammenhang zur Impfung aufweist oder nicht.

Wie sind angesichts dieser Unsicherheit die 2.255 Todesfallmeldungen, die im Jahr 2021 beim PEI eingegangen sind, zu bewerten? Sind sie weit übertrieben, oder bilden sie nur die Spitze des Eisberges? Das PEI als oberste Überwachungsbehörde für die Beurteilung der Sicherheit von Impfstoffen hat darauf eine überraschend klare Antwort. Nur in 85 Fällen, in denen Personen „an bekannten Impfrisiken wie Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrome (TTS), Blutungen aufgrund einer Immunthrombozytopenie oder Myokarditis im zeitlich plausiblen Abstand zur Impfung verstorben sind, hat das Paul-Ehrlich-Institut den ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung als möglich oder wahrscheinlich bewertet.“ [4] Über die verbleibenden 2.170 gemeldeten Verdachtsfälle hüllt sich das PEI in Schweigen.

Wie mag das Paul-Ehrlich-Institut die impfrelevanten Krankheiten ermittelt haben? Es liegt nahe, dass dafür auf die Ergebnisse der *Observed-versus-Expected-Analysen* zurückgegriffen wurde. Die Sicherheitsanalysen werden vom PEI regelmäßig durchgeführt, um Aufschluss über die Impfrelevanz gemeldeter Nebenwirkungen zu erhalten. Verglichen wird hierbei die in einem bestimmten Zeitraum gemeldete Zahl an Krankheits- oder

Todesfällen mit der allgemein erwarteten Anzahl. Ist die Zahl der Verdachtsmeldungen signifikant höher als der Erwartungswert, so erkennt das PEI darin ein Risikosignal und geht den Ursachen für die hohen Fallzahlen nach.

Vom Grundsatz her sind die Überlegungen schlüssig und korrekt, und auch die *Observed-versus-Expected-Analyse* ist das richtige Werkzeug, um impfrelevante Krankheiten herauszufiltern. Nur trifft das leider nicht auf die Art und Weise zu, wie die *Observed-versus-Expected-Methode* angewandt wird. So, wie das PEI vorgeht, ist das Versagen der Methode vorprogrammiert. Es ist vergleichbar mit jemandem, der, um besser sehen zu können, ein Fernglas benutzt, dies aber verkehrt herum hält. Das Fernglas mag noch so gut sein, viel erkennen wird er trotzdem nicht.

Ein konkretes Beispiel mag illustrieren, wie sich die fehlerhafte Anwendung des statistischen Verfahrens auf die Chance, Nebenwirkungen als impfrelevant zu erkennen, auswirkt. Im Jahr 2021 haben sich zwei Drittel der Bevölkerung gegen Corona impfen lassen. Angenommen, die Impfung wäre nicht mit 2.255, sondern mit 100.000 Todesfallmeldungen verbunden gewesen. Wie hätte das PEI darauf reagiert? Es hätte vermutlich eine *Observed-versus-Expected-Analyse* durchgeführt und als Ergebnis mitgeteilt bekommen: kein Grund zur Sorge, alles im grünen Bereich.

Das Beispiel ist zugegebenermaßen konstruiert, aber das Ergebnis „kein Risikosignal“ spiegelt die Realität wider. Es ist abgeleitet aus Informationen und Daten, die den Sicherheitsberichten des PEI entnommen sind. Wer dies nur schwer akzeptieren kann und mehr über die *Observed-versus-Expected-Methode* (und warum sie nicht funktioniert) wissen möchte, sei auf einen Offenen Brief verwiesen, den im Juli 2022 zwölf Professoren an das PEI geschickt und in dem sie auf den Missstand aufmerksam gemacht haben. [5]

So, wie das PEI die *Observed-versus-Expected-Analyse* anwendet, sind Risikosignale allenfalls bei seltenen oder extrem seltenen Krankheiten zu erwarten. Zu diesen zählen beispielsweise die drei oben aufgeführten Krankheitsbilder. Ereignisse, die auch ohne Impfung häufig auftreten, bleiben hingegen stets unter dem Radar, egal mit wie vielen Todesfällen sie einhergehen. Vor diesem Hintergrund kann man nachvollziehen, wie das PEI zu dem Schluss kommt, dass lediglich 3,8 Prozent aller gemeldeten Todesfälle auf die Impfung zurückzuführen sind.

Zu belastbaren Aussagen über die Todesursache von Personen, die in zeitlicher Nähe zur Impfung verstorben sind, kann man eigentlich nur durch die Obduktion Verstorbener kommen. Darauf hat der *Bundesverbandes Deutscher Pathologen* bereits im März 2021 aufmerksam gemacht und gefordert, dass mehr Obduktionen durchgeführt werden. [6] [7]

Dies blieb leider ohne viel Erfolg, wie man heute weiß. Zurückzuführen ist das vor allem auf die ablehnende Haltung des PEI und des RKI.

Umso mehr ist das Engagement von Professor Schirmacher, dem Leiter des Pathologischen Instituts in Heidelberg, und des emeritierten Pathologen Professor Burkhardt zu würdigen. Beide sezierten auf eigene Initiative hin bzw. auf Wunsch von Angehörigen jeweils etwa 40 Menschen, die kurz nach der Impfung verstorben waren. Professor Schirmacher kommt zu dem Schluss, dass 30 bis 40 Prozent der Obduzierten infolge der Impfung starben. Professor Burkhardt stellt einen impfbedingten Zusammenhang bei 80 Prozent der Untersuchten fest. Der große Unterschied in den Prozentsätzen rührt möglicherweise von den unterschiedlichen Kriterien her, nach denen die Obduzierten ausgewählt wurden. [8]

Die Obduktionsergebnisse deuten darauf hin, dass etwa die Hälfte der gemeldeten Todesfälle auf die Impfung zurückzuführen sein dürfte.

Auf der anderen Seite besteht die Gefahr der Unterschätzung der Zahl der Impftoten, weil Impfnebenwirkungen nicht als solche erkannt und gemeldet werden. Wie hoch der Grad der Untererfassung ist, lässt sich schwer sagen, da es kaum fundierte Untersuchungen dazu gibt und veröffentlichte Quoten mit großen Unsicherheiten behaftet sind. Einer amerikanischen Studie zufolge werden bei einem passiven Meldesystem (wie es das PEI praktiziert) weniger als ein Prozent aller Impfnebenwirkungen aufgedeckt. [9] Häufig wird die Untererfassung schwerer Impfnebenwirkungen auf 95 Prozent geschätzt. [8] In einem Artikel, der in der vom PEI herausgegeben Zeitschrift *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit* veröffentlicht wurde, wird eine etwas höhere Aufdeckungsquote genannt. Dort ist zu lesen, dass etwa „fünf bis zehn Prozent der schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen Schätzungen zufolge gemeldet“ werden. [10]

Die mRNA-Impfstoffe gegen Corona sind allerdings kein Impfstoff wie jeder andere. Dadurch, dass sie tief in genetisch gesteuerte Zellprozesse eingreifen, lässt sich bisher allenfalls erahnen, was die Impfung für das Immunsystem und die Gesundheit der geimpften Menschen langfristig bedeutet. Es muss damit gerechnet werden, dass negative Folgen nicht nur in zeitlicher Nähe zur Impfung auftreten, sondern möglicherweise auch noch Monate oder vielleicht sogar Jahre später. Der Nachweis eines Zusammenhangs zur Impfung ist in solchen Fällen kaum zu erbringen. Allenfalls wird man einen solchen aus statistischen Daten ersehen können (Stichwort: Übersterblichkeit).

So steht beispielsweise bei der außergewöhnlich hohen Übersterblichkeit zur Weihnachtszeit 2022, als kaum noch geimpft wurde und Professor Drosten die Pandemie für beendet erklärte, die Frage nach der Ursache nach wie vor ungeklärt im Raum. Und warum

ist die Gesamtübersterblichkeit im Jahr 2022 mit fast 85.000 überzählig Verstorbenen so extrem hoch? [11] In keinem Jahr seit Ende des Krieges hat es eine derartige Übersterblichkeit gegeben. Aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes erschließt sich der Grund nicht. Und im Jahr 2023, als die Coronapandemie als überwunden gilt, liegt die Übersterblichkeit immer noch bei 30.000 Verstorbenen. Das entspricht der Übersterblichkeit, die das RKI in der Vergangenheit für Jahre mit schweren Grippewellen ausgewiesen hat.

Hinsichtlich der Zahl gemeldeter Impfnebenwirkungen müsste man zudem bedenken, dass sich die Politik massiv in die medizinische Beurteilung der mRNA-Impfungen eingemischt hat, indem sie festlegte, dass die Impfung *praktisch nebenwirkungsfrei* sei. Diese Aussage des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach beruhte zwar nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, dürfte ihre Wirkung aber trotzdem nicht verfehlt haben. Man muss befürchten, dass aufgrund der politischen Vorgabe deutlich weniger impfbedingte Todesfälle gemeldet worden sind, als es sonst der Fall gewesen wäre.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei dem praktizierten Meldesystem die Gefahr der Unterschätzung der Zahl der Impftoten wesentlich größer ist als die Gefahr der Überschätzung. Wie stark die Meldezahlen erhöht werden müssten, um einen realitätsnahen Schätzwert für die Zahl der Impftoten zu erhalten, lässt sich nach gegenwärtigem Wissensstand nicht verlässlich sagen. Je nachdem, ob man von einer Aufdeckungsquote von fünf Prozent, zehn Prozent oder 20 Prozent ausgeht, müsste man die Zahl der Verdachtsmeldungen mit dem Faktor 10, 5 oder 2,5 multiplizieren, wenn die Hälfte aller gemeldeten Todesfälle tatsächlich von der Impfung herrühren sollte.

Beurteilung der Sicherheit der mRNA-Impfstoffe

Die Angaben zur Zahl der Impftoten gewinnen an Aussagekraft, wenn man sie nicht isoliert, sondern bezogen auf das Alter der Betroffenen und bezogen auf die Zahl der Coronatoten betrachtet (vgl. Tab. 1).

Man darf das Alter der Menschen allerdings nicht zwingend als unmittelbare oder entscheidende Todesursache ansehen. Denn wie Professor Püschel herausfand, waren fast alle Coronatoten (unabhängig vom Alter) mit mehr oder weniger gravierenden Vorerkrankungen belastet. [12] Möglicherweise sind die Vorerkrankungen wichtiger für den tödlichen Verlauf der Infektion als das Lebensalter selbst. Das sollte man bei der Interpretation der altersbezogenen Sterbezahlen stets bedenken.

Tabelle 1 Coronatote und gemeldete Impftote nach Altersklassen

	2020	2021				
Alters-klasse	Coronatote	Coronatote		Impfquote	Gemeldete Impftote	
	Anzahl	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
≤19 Jahre	6	34	0%	16,6%	8	0%
20 - 59 Jahre	1.459	4.595	7%	74,3%	562	25%
≥ 60 Jahre	42.153	65.642	93%	80,9%	1.685	75%
insgesamt	43.618	70.271	100%	66,7%	2.255	100%

Jüngere Coronatote (zwischen 20 und 59 Jahre) machen im Jahr 2021 lediglich sieben Prozent aller Coronatoten aus. Ihr Anteil an den gemeldeten Impftoten beträgt hingegen 25 Prozent. Für über 60-Jährige stellt sich die Situation genau andersherum dar. Ihr Anteil an den Coronatoten liegt bei 93 Prozent, während sie nur 75 Prozent der gemeldeten Impftoten ausmachen. [13] Die Nutzen-Risiko-Relation der Impfung ist für Menschen unter 60 Jahre folglich deutlich schlechter als für über 60-Jährige. Erstere sind kaum gefährdet, an einer Coronainfektion zu sterben, gehen aber mit der Impfung ein relativ hohes Risiko ein, infolge der Impfung zu sterben. Wenn man die Zahl der Coronatoten dieser Altersgruppe (4.595 Verstorbene) in Relation zur Zahl der gemeldeten Impftoten (562 Verstorbene) setzt und bedenkt, dass es im Vorjahr, also vor Beginn der Impfung, lediglich 1.459 Coronatote gab, so muss die Impfung der unter 60-jährigen Erwachsenen als durchaus problematisch eingestuft werden.

Eine unverhandelbare Mindestanforderung an jeden Impfstoff ist, dass er mehr Todesfälle verhindert als verursacht. Das klingt banal und sollte eigentlich gar keiner Erwähnung wert sein. Umso größer ist das Erstaunen, wenn man sich die Sterbedaten bei Kindern und Jugendlichen anschaut.

Im Jahr 2021 sind dem RKI insgesamt 34 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen mit positivem PCR-Test gemeldet worden. Allein diese Zahl gibt zu denken. Warum sterben im Jahr 2021 so viel mehr Kinder und Jugendliche als im Vorjahr? 2020 stand noch kein Impfstoff zur Verfügung, und trotzdem gab es lediglich sechs Coronatote. Könnte der Anstieg in irgendeiner Weise mit den mRNA-Impfungen zusammenhängen? Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, dass das RKI nicht generell den Impfstatus der Coronatoten ausweist. Dadurch wird die Möglichkeit, bestehende Zusammenhänge fundiert zu

erforschen, erheblich erschwert.

Bedenklich sind die Sterbezahlen für Kinder und Jugendliche aber nicht nur in Relation zu den Daten des Vorjahres. Im Laufe des Jahres 2021 sind 16,6 Prozent aller unter 19-Jährigen geimpft worden. In dieser Zeit gingen acht impfbedingte Todesfallmeldungen beim PEI ein. Wenn alle Kinder und Jugendlichen geimpft worden wären, hätte man folglich mit sechsmal so vielen Todesfallmeldungen rechnen müssen, also mit 48 Impftoten. Das hätte bedeutet, dass die Impfung möglicherweise mehr Todesfälle verursacht als verhindert hätte.

Und das Missverhältnis zwischen der Zahl vermiedener Todesfälle und der Zahl der Impftoten würde sich in dramatischer Weise zuungunsten der Impfung verschlechtern, wenn man noch die Dunkelziffer bei der Zahl der Impftoten berücksichtigen würde.

Allein der Umstand, dass ein solches Szenario nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden kann, ist schockierend. Und man fragt sich, wie es zu einer solchen Situation hat kommen können angesichts der strengen Anforderungen, die heutzutage an die Zulassung von Arzneimitteln gestellt werden, und angesichts der zahlreichen medizinischen Forschungseinrichtungen und des engmaschigen Melde- und Überwachungssystems, das es in Deutschland gibt. Im Nachhinein muss man froh sein, dass 2021 „nur“ jedes sechste Kind geimpft worden ist.

Mittlerweile hat die *Ständige Impfkommission* eingesehen, dass es ein großer Fehler war, gesunde Kinder und Jugendliche (ab fünf Jahre) zum Impfen zu nötigen. mRNA-Impfungen empfiehlt die Kommission jetzt nur noch für Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko haben, an einer Covid-19-Infektion schwer zu erkranken oder zu sterben. Das Mindestalter hat sie im Zuge dieser Änderung allerdings von fünf Jahre auf sechs Monate herabgesetzt.

Hier finden Sie den zweiten Teil.

Titelbild: Ground Picture/shutterstock.com

[«1] Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages – Regelungen zu genbasierten Impfstoffen. 25. Januar 2021

[«2] Günter Eder – Übersterblichkeit auf Rekordniveau, ein Rückblick auf drei Jahre Corona. NachDenkSeiten vom 5. April 2023

[«3] Günter Eder – Gedanken eines Statistikers zur Übersterblichkeit während der Coronapandemie. NachDenkSeiten vom 3. September 2022

[«4] Paul-Ehrlich-Institut – Sicherheitsbericht: Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplikationen nach Impfung zum Schutz vor Covid-19 seit Beginn der Impfkampagne. Stand: 7. Februar 2022, Langen

[«5] Jessica Agarwal et al. – Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht beruht auf groben methodischen Fehlern des Paul-Ehrlich-Instituts. Offener Brief vom 6. Juli 2022

[«6] Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages – Obduktionen nach impfbezogenen Todesfällen. 12. Dezember 2022

[«7] Carina Rehberg – Corona-Impfung: Pathologe vermutet Dunkelziffer bei Impftoten. Zentrum der Gesundheit, 24. Juli 2022

[«8] Thomas Maul – Was die Pathologie über Impftote verrät. 8. Dezember 2022

[«9] Lazarus Ross – Electronic Support for Public Health-Vaccine Adverse Event Reporting System. Grant ID: R18 HS 017045, AHRQ Rockville 2011

[«10] Sachs, B. et al. – Forschung im Bereich der unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In: Bulletin zur Arzneimittelsicherheit. Ausgabe 1, März 2017

[«11] Günter Eder – Auswirkungen der Coronaimpfung: Daten, Fakten und Schlussfolgerungen. NachDenkSeiten vom 4. September 2023

[«12] Obduktionen in Hamburg – Fast alle Corona-Toten waren vorerkrankt. NTV vom 30. Februar 2021

[«13] Europaen Medicines Agency – Online-Zugriff auf Verdachtsfallmeldungen über Arzneimittelnebenwirkungen