

Die Inzidenzen steigen und gleichzeitig wird zumindest erstmals auf oberster politischer Ebene über ein Auslaufen der Maßnahmen [diskutiert](#). Ein Widerspruch? Nein! Leider ist es jedoch kaum mehr möglich, Fragen zur Coronapolitik pragmatisch und ergebnisoffen zu diskutieren. Das liegt auch daran, dass rund um die Impfung und den daraus resultierenden Entwicklungen sehr viele Missverständnisse im Umlauf sind. Missverständnisse, die nicht nur von Impfkritikern, sondern auch und vor allem von der Fraktion der „Lauterbach-Ultras“, dem selbsternannten „Team Vorsicht“ nicht ohne Hintergedanken gepflegt werden. Wenn wir jedoch an falschen Narrativen festhalten, finden wir nie einen Weg aus der selbstverschuldeten Krise. Von **Jens Berger**.

*Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.*

[https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/211022\\_Die\\_10\\_grossen\\_Impf\\_Missverstaendnisse\\_NDS.mp3](https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/211022_Die_10_grossen_Impf_Missverstaendnisse_NDS.mp3)

Podcast: [Play in new window](#) | [Download](#)

Die meisten Missverständnisse der Maßnahmen-Befürworter rühren aus der Zeit her, als die Impfstoffe gegen das Sars-Cov2-Virus noch in der früheren Testphase waren und man ganz einfach die Erfahrungen, die man mit anderen Impfstoffen gesammelt hat, auf die Corona-Impfung übertragen hat. Doch sogar hier war man damals grundlos zweckoptimistisch. So gibt es beispielsweise nur gegen sehr wenige Krankheiten Impfstoffe, die (a) einen einhundertprozentigen Schutz bieten, (b) eine echte sterile Immunität gewährleisten, also dafür sorgen, dass Geimpfte den Erreger nicht an Dritte weitergeben können, und (c) zu einem lebenslangen Schutz führen. Wie komplex diese Problematik ist, zeigt das Beispiel der Polio-Impfung. Hier gibt es mit der Schluckimpfung in der Tat einen der ganz wenigen Impfstoffe, die eine sterile Immunität bieten und damit zu einer Herdenimmunität und letztlich zu einem Ausrotten der Krankheit führen können. Dummerweise kann die Schluckimpfung jedoch in seltenen Fällen zu Impfschäden führen, weshalb sie in Deutschland seit 1998 durch einen inaktivierten Polioimpfstoff [ersetzt wurde](#), der jedoch keine sterile Immunität gewährleistet.

Die Erwartungen, die in die Corona-Impfstoffe projiziert wurden, waren also von Anfang an unrealistisch. Man träumte davon, dass ein vollkommen neu entwickelter Impfstoff, der zudem auf einer vollkommen neu entwickelten Technik beruht, ein Leistungsspektrum aufweist, das selbst traditionelle bewährte Impfstoffe, an denen seit Jahrzehnten geforscht wird, nicht aufweisen. Man sprach damals vom Impfen als Akt der Solidarität, einer

angestrebten Herdenimmunität, von Zero-Covid und gar der geplanten Ausrottung des Sars-CoV2-Virus - Tagträume, die nie einer ernsthaften Überprüfung standhielten. Dramatisch ist jedoch vor allem, dass diese - vor allem von vielen Medien rege gepflegten - Missverständnisse bis heute die Debatte beherrschen und einen Ausweg aus dem Dilemma massiv erschweren. Zeit, diese Missverständnisse einmal aufzuzählen.

## **Missverständnis 1: Die Impfung schützt vor Infektionen**

Nur sehr wenige Impfungen bieten einen einhundertprozentigen Schutz vor Infektionen. Das ist bei den heute eingesetzten Impfstoffen gegen Covid 19 nicht anders. Bereits in den Zulassungsstudien konnte beispielsweise der von Biontech entwickelte Impfstoff Comirnaty „nur“ eine Schutzwirkung [von 95%](#) belegen. Diese Impfstoffe wurden auf Basis des in Wuhan isolierten Wildtyps des Virus entwickelt und in den späteren Feldstudien war die Variante B.1 des Virus dominant, die durch Mutation des Wildtyps in Norditalien entstanden ist. Als die Impfstoffe auf den Markt kamen, dominierte jedoch bereits die „englische Variante“ (Beta) und seit dem Sommer 2021 ist auch in Deutschland die „indische Variante“ (Delta) dominant. Insbesondere gegen letztere sind die heutigen Impfstoffe jedoch weitaus weniger wirksam. Aktuelle [Studien aus Schottland](#) weisen die Schutzwirkung des Biontech-Impfstoffs gegen eine asymptomatische Erkrankung mit der Delta-Variante mit 79% aus. Die Schutzwirkung gegen eine symptomatische Erkrankung ist mit 83% etwas höher.

Ist die ganze Impfung also durch die Delta-Variante sinnlos? Nein, denn die Impfstoffe bieten einen recht ordentlichen Schutz gegen schwere Krankheitsverläufe. Die aktuellen [Daten von Public Health England](#) weisen für den Biontech-Impfstoff auch bei der Delta-Variante eine Schutzwirkung von 96% gegen schwere Krankheitsverläufe aus, also Erkrankungen, die eine Einweisung ins Krankenhaus erfordern. Selbst der Impfstoff von AstraZeneca hat hier mit 92% einen vergleichsweise hohen Wert.

Es ist jedoch auch so, dass diese Schutzwirkung offenbar mit der Zeit nachlässt. So sinkt der Schutz vor Infektionen [Studien zufolge](#) sechs Monate nach der zweiten Impfung. Die US-Gesundheitsbehörde CDC geht mittlerweile nur noch von einer Schutzwirkung [i.H.v 66%](#) in den USA aus und bezieht sich hierbei auf symptomatische Verläufe. Wie hoch die Schutzwirkung gegen asymptomatische Verläufe unter Einbeziehung von Delta und der abnehmenden Schutzwirkung ist, ist immer noch unbekannt. Setzt man alle Zahlen ins Verhältnis, könnte 50% hier ein realistischer Wert sein.

Dieser vergleichsweise geringe Wert sollte jedoch nicht zur Panik führen, da er letztlich nur im Kontext der Inzidenzen von Interesse ist. Eine asymptomatische Erkrankung ist eigentlich ein Paradoxon. Wer keine Symptome hat, ist nach umgangssprachlicher

Definition auch nicht krank. Jedoch sollte dabei auch klar sein, dass eine Schutzwirkung von gerade mal 50% es nicht gewährleisten kann, dass die Krankheit durch eine Impfung verschwinden kann.

## **Missverständnis 2: Geimpfte können niemanden infizieren**

Will man ein Virus wirklich ausrotten, so ist dies nur dann möglich, wenn man parallel zu einer sehr hohen Impfquote über einen Impfstoff verfügt, der dafür sorgt, dass der Geimpfte das Virus nicht an Dritte weitergeben kann. Das war bei der Schluckimpfung gegen Polio der Fall. Bei der Impfung gegen Covid 19 ist dies jedoch nicht der Fall und hier hat auch die Delta-Variante einen maßgeblichen Einfluss.

Mittlerweile geht es daher auch gar nicht um die Frage, ob Geimpfte das Virus weiterverbreiten, also Dritte anstecken können, sondern um die Frage, ob es diesbezüglich überhaupt einen Unterschied zwischen Geimpften und Ungeimpften gibt. [Studien aus dem US-Bundesstaat Wisconsin](#) zeigten auf, dass die Virenlast sich bei Geimpften und Ungeimpften nicht unterscheidet. Dies belegen auch weitere [Untersuchungen der US-Gesundheitsbehörde CDC](#). Es ist jedoch immer noch offen, ob die Zeitspanne, in der Infizierte diese maximale Virenlast ausscheiden können, sich nach dem Impfstatus unterscheidet. Aber selbst wenn sich diese Vermutung belegen ließe, würde dies letztlich nur bedeuten, dass Geimpfte zwar genau so ansteckend sind wie Ungeimpfte - dies jedoch über einen kürzeren Zeitraum. An der Grundaussage, dass Geimpfte sehr wohl Dritte infizieren können, ändert dies nichts.

## **Missverständnis 3: Es kann eine Herdenimmunität gegen Corona geben**

Wenn die Impfung keinen vollständigen Schutz gewährleistet und Geimpfte die Infektion aktiv weitergeben können, kann es natürlich auch niemals eine echte Herdenimmunität geben. Das ist eigentlich logisch. Dennoch ist die gesamte Debatte seitens des „Teams Vorsicht“ immer noch direkt oder indirekt von genau diesem Gedanken geprägt. Wenn Geimpfte das Virus im gleichen Maße weiterverbreiten wie Ungeimpfte, ist jeder Gedanke an einen Herdenschutz oder gar eine Herdenimmunität aber schlichtweg paradox.

Um dies zu verdeutlichen, ein Rechenbeispiel: Die Wissenschaft geht momentan davon aus, dass die Kontagiösität, also die Ansteckungskraft des Sars-CoV2-Virus durch die Delta-Mutation um 50% gestiegen ist und der Impfschutz rund 50% beträgt. Dies ist am Ende also ein Nullsummenspiel, das nicht anders bedeutet, als dass sich die Delta-Variante in einer vollständig geimpften Population genauso schnell verbreitet wie die im letzten Jahr dominante Beta-Variante in einer vollständig ungeimpften Population. Bye bye,

Herdenschutz.

#### **Missverständnis 4: Erst eine fast vollständige Impfquote ermöglicht ein Ende der Maßnahmen**

Wenn es keine Herdenimmunität und auch keinen nennenswerten Herdenschutz geben kann, ist es für die Frage der Weiterverbreitung des Virus auch weitestgehend unerheblich, wie viele Menschen geimpft sind. Weder eine Impfquote von 50%, noch 75% oder gar 100% würde das Virus stoppen. Lediglich die (s.o.) noch offene Frage, ob Geimpfte und Ungeimpfte gleich infektiös sind, hätte hier einen - wenn auch marginalen - Einfluss auf die Verbreitungsgeschwindigkeit. Natürlich kann man - wenn man das denn wirklich will - die Verbreitung durch Lockdowns etc. beeinflussen, die Frage der Impfquote hat damit jedoch wenig zu tun.

Aber spätestens hier muss man sich ins Gedächtnis rufen, worüber man überhaupt redet. Denn wenn es um die Weiterverbreitung geht, geht es ja erst einmal nur um die Zahl der Neuinfektionen und die daraus resultierenden Inzidenzen. Beides sind jedoch rein quantitative Größen, die nichts über die medizinische Problematik aussagen. Denn hier macht die Impfquote sehr wohl einen Unterschied, da sie die Wahrscheinlichkeit schwerer Krankheitsverläufe deutlich senkt.

#### **Missverständnis 5: 3G oder 2G würden irgendetwas bringen**

Wenn Geimpfte und Ungeimpfte ansteckend sein können, machen auch Zugangsbeschränkungen á la 3G oder gar 2G gar keinen Sinn. Und das liegt nicht an den Ungeimpften, sondern an den Geimpften und den Genesenen. Während Ungeimpfte bei 2G überhaupt nicht und bei 3G nur mit negativem Corona-Test der Zugang gewährt wird, haben sowohl Genesene als auch Geimpfte bei diesen Modellen immer Zugang und müssen sich nicht testen lassen. Dabei können beide Gruppen sehr wohl infektiös sein.

Will man also die Inzidenzen tatsächlich mittels Zugangsbeschränkungen reduzieren, müsste man wohl oder übel zu einem 1G-Modell übergehen, bei dem jeder - egal ob genesen, geimpft oder ungeimpft - nur noch dann Zugang erhält, wenn er einen negativen Test vorweisen kann. Das wäre konsequent - aus epidemiologischer Sicht und aus Sicht der Maßnahmenkritiker würde dies den Wahnsinn solcher Beschränkungen doch allgemein sichtbar machen. Da dies aber der politisch gewollten Impfkampagne zuwiderlaufen würde - warum sollte sich ein bislang Ungeimpfter impfen lassen, wenn er dadurch keinen sichtbaren Vorteil hat? - wird es natürlich nicht dazu kommen und wir werden mit 2G weiter in eine Art Impfapartheid abgleiten, bei der wir es gesellschaftlich tolerieren, dass

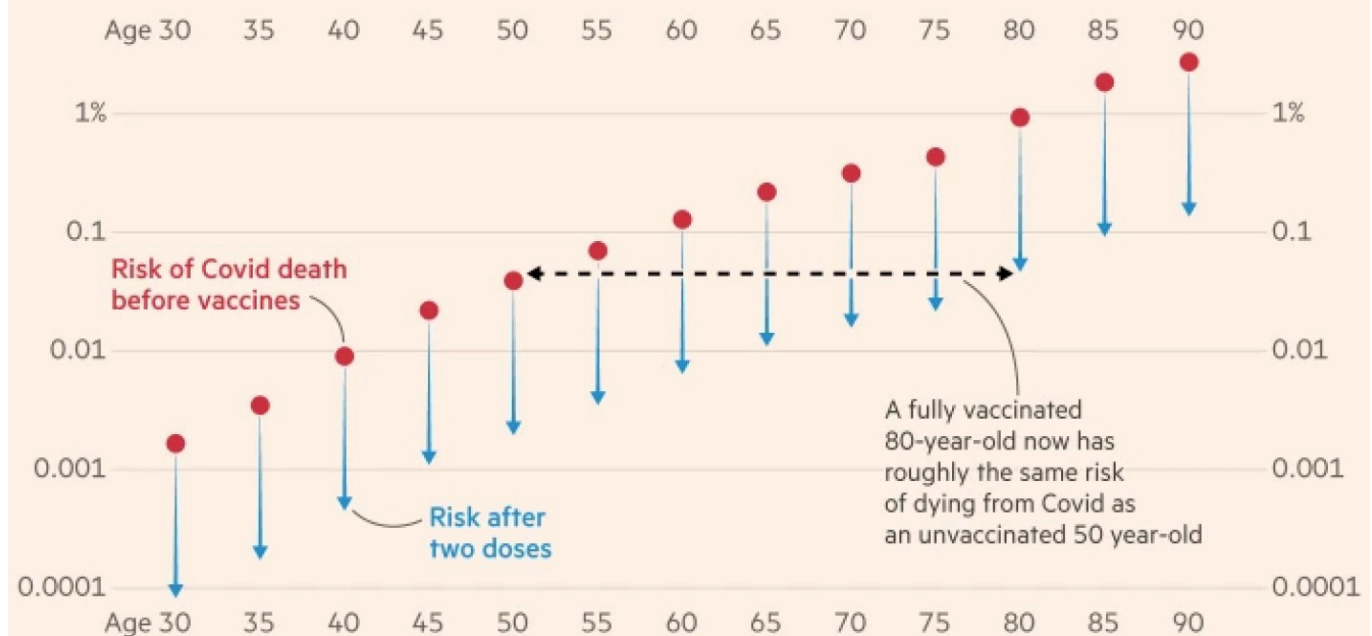
ein Teil der Bevölkerung aufgrund seines Impfstatus schikaniert und seiner Bürgerrechte beschnitten wird.

### Missverständnis 6: Die Impfung ist ein solidarischer Akt

Wer sich heute impfen lässt, schützt nicht andere, sondern sich selbst. Die Impfung ist kein solidarischer, sondern ein egoistischer Akt. [Auswertungen der großen Datenbank von Public Health England](#) zeigen, dass die Impfung im übertragenen Sinn das individuelle Risiko, an Covid 19 zu sterben, in einem Maß senkt, das gemäß der Altersprävalenz rund 30 Jahren entspricht. Ein geimpfter 80-Jähriger hat demnach - bei gleichen sonstigen Risikofaktoren - das gleiche individuelle Risiko, an Covid 19 zu versterben, wie ein ungeimpfter 50-Jähriger. Wie hoch der Nutzen beim gleichzeitigen Vorliegen der einschlägigen Risikofaktoren ist, ist nicht so einfach zu berechnen - die Daten weisen jedoch darauf hin, dass er geringer ist.

### Vaccines have made Covid-19 far less lethal. A fully-vaccinated 80-year-old now has the same mortality risk as an unvaccinated 50-year-old

Risk of catching and dying from Covid\* (log scale), by age group, before and after full vaccination



\*Risk is the population fatality rate, e.g before vaccines roughly 1% of all 80-year-olds in England had died from Covid  
Source: FT analysis of data from Public Health England  
© FT

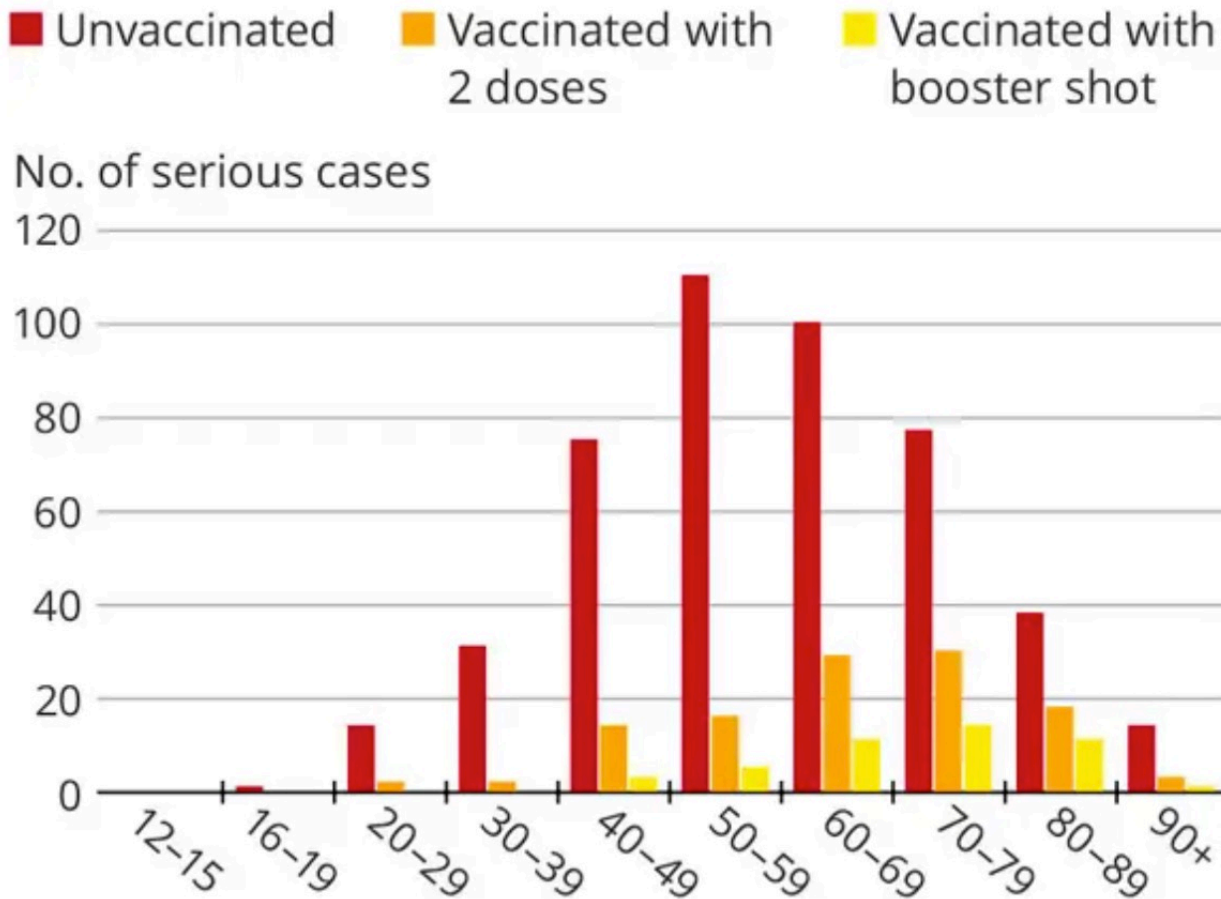
Quelle: FT

Die Impfung ist - nach Abwägung mit den individuellen Risiken durch die Impfnebenwirkungen - also durchaus wirksam, wenn es um die individuelle Senkung des Risikos durch Covid 19 geht. Das nennt sich Eigenschutz. Da Geimpfte das Virus jedoch bestenfalls etwas weniger als Ungeimpfte weiterverbreiten, ist sie kein solidarischer Akt. Kein Jugendlicher muss sich impfen lassen, um Oma und Opa zu schützen. Er kann Oma und Opa nämlich trotz Impfung genauso gut infizieren. Und wenn Oma und Opa geimpft sind, können sie spiegelbildlich auch genauso gut ihren geimpften oder ungeimpften Enkel anstecken. Wie man es dreht und wendet; jeder kann jeden anstecken, die Impfung spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Damit sollte eigentlich auch die Debatte um eine Impfpflicht für Mitarbeiter des Gesundheitssystems überflüssig sein. Schließlich kann die geimpfte Krankenschwester ihre geimpften und ungeimpften Patienten genauso anstecken wie ihre ungeimpfte Kollegin.

### **Missverständnis 7: Die Krankenhäuser sind voll mit Ungeimpften**

Die Daten von Public Health England lassen sich mit den klinischen Daten aus Deutschland und Israel gut vergleichen. Aktuelle [Zahlen aus Israel](#) zeigen, dass dort die 17% der Ungeimpften 89% der beatmeten Patienten auf den Intensivstationen und 60% der Sterbefälle ausmachen. Eine klare Altersverteilung lässt sich aus den israelischen Daten ebenfalls herauslesen.





Quelle: Haaretz

Trotz niedriger Impfquote sind die Zahlen aus Deutschland sehr ähnlich. [So waren hierzulande Mitte September](#) 89% der hospitalisierten Corona-Patienten ungeimpft. Die Zahl der sogenannten Impfdurchbrüche - also der schweren Krankheitsverläufe trotz Impfung - steigt jedoch mit dem Alter signifikant. Bei den über 60-Jährigen beträgt der Anteil der geimpften Corona-Patienten fast 20%. Da diese Gruppe aber auch die höchste Impfquote hat, überrascht dieser Wert keinesfalls. Dieser Anteil wird noch deutlich steigen und schon bald werden auch in Deutschland mehr Geimpfte als Ungeimpfte auf den Stationen liegen.

Selbst wenn wir eine Impfquote von 100% hätten, wären die Krankenhäuser nicht leer. Dann hätten wir jedoch einen Anteil von 100% bei den Impfdurchbrüchen. Je mehr geimpft wird, desto mehr Impfdurchbrüche wird es geben und desto höher ist der relative Anteil von

Geimpften auf den Stationen. Wir sprechen hier jedoch von relativen und nicht von absoluten Zahlen.

### **Missverständnis 8: Die Krankenhäuser sind voll mit Geimpften**

An dieser Stelle muss man nämlich mit einem Missverständnis aufräumen, das vor allem auf Seiten der Impfkritiker sehr populär ist. Dort verweist man dann gerne auf die hohe Zahl der Impfdurchbrüche, um belegen zu wollen, dass die Impfung letztlich sinnlos sei und nichts bringe. Doch auch das ist falsch.

Dazu ein Rechenbeispiel: Wenn man einmal sehr pessimistisch schätzt, dass die Impfung nur einen 50-Prozent-Schutz vor schweren Krankheitsverläufen bietet, könnte die Inzidenz nach Adam Riese in einer vollständig geimpften Population immerhin doppelt so hoch sein, um genau so viele Krankenhauseinweisungen zu verursachen wie in einer vollständig ungeimpften Population. Das ist zwar ein Fakt, aber auch erst einmal Theorie.

Wie hoch die Schutzwirkung in der realen Welt ist, lässt sich ungefähr anhand der Zahlen aus England und Wales beziffern. Dort schwankt die Zahl der Neuinfektionen seit dem „Freedom Day“ zwischen 20.000 und 50.000 und ist damit im Mittel durchaus vergleichbar mit der Winterwelle von November 2020 bis Februar 2021. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen liegt mit durchschnittlich zwischen 700 und 1.000 pro Tag jedoch sehr deutlich unter den Zahlen der Winterwelle, in der zwischen 3.000 und fast 5.000 Patienten pro Tag in die Krankenhäuser eingewiesen wurden. Daraus ließe sich eine Schutzwirkung von rund 80% errechnen.

Ein Großteil der britischen Covid-Patienten ist wohlgemerkt doppelt geimpft. So wurden in den [Kalenderwochen 34 bis 37](#) beispielsweise „nur“ 228 ungeimpfte Patienten in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren mit einer Covid-19-Erkrankung in die britischen Krankenhäuser eingewiesen, während es im gleichen Zeitraum 1.297 vollständig Geimpfte waren. In dieser Altersgruppe liegt die Impfquote jedoch auch bei rund 95%. Betrachtet man die Neueinweisungen also nicht in absoluten Zahlen, sondern in Relation zur Gesamtpopulation der Geimpften und der Ungeimpften kommt man auf 28 Geimpfte pro 100.000 Einwohner und 92,3 Ungeimpfte pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe und damit eine Schutzwirkung von rund 70%.

Eine Erhöhung der Impfquote in den Risikogruppen erhöht somit zwangsläufig den Anteil der Impfdurchbrüche und die Quote der Geimpften in den Krankenhäusern (relative Größe), führt jedoch auch dazu, dass insgesamt deutlich weniger Menschen in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten (absolute Größe). Diese Erkenntnis ist wichtig, wenn man



nicht die Inzidenz, sondern die Kapazität des Gesundheitssystems als wichtigsten Indikator für die Frage der Maßnahmen heranzieht. Staaten wie Großbritannien, Schweden oder Dänemark tun genau das und angeblich soll es in Deutschland ja auch bereits ein Ampelsystem geben, bei dem die Zahlen aus den Krankenhäusern eine relevante Größe für die Verhängung oder Aufhebung von Maßnahmen sein sollen. Davon merkt man jedoch hierzulande nichts. Anders in Großbritannien. Dort sieht man zurzeit eine Verdoppelung der Neuinfektionen auf 100.000 pro Tag als eine Art Vorwarnstufe. Die Kalkulation: Wenn sich dadurch auch die Krankenhauseinweisungen maximal verdoppelt, ist die Situation immer noch beherrschbar. Das ist britischer Pragmatismus.

### **Missverständnis 9: Im nächsten Frühjahr ist die Pandemie vorbei**

In Deutschland herrscht jedoch immer noch der Alarmismus. Zurzeit schwört man die Menschen auf den „letzten Coronawinter“ ein. Im Frühjahr soll alles vorbei sein und man könne zurück zur Normalität. Doch wie kommt man auf eine derartige Argumentation? Wenn die Impfungen keinen nennenswerten Einfluss auf die Infektionen haben, ist es auch völlig unerheblich, wie viele Menschen geimpft sind. Corona wird bleiben. Und warum sollte der Winter 2022 da großartig anders sein als der Winter 2021? Oder anders gefragt: Warum sollte die Politik im Frühjahr 2022 Corona für überwunden erklären, wenn sich an der grundlegenden Situation doch gar nichts ändern wird?

Um was geht es eigentlich? Sollte es das Ziel der Politik sein, die Zahl der schweren Verläufe und der Sterbefälle zu minimieren, wäre der einzige Indikator mit Aussagekraft die Impfquote innerhalb(!) der Hochrisikogruppe. Hier hätte man durch ein Absenken des individuellen Risikos, schwer oder tödlich zu erkranken, in der Tat eine Stellschraube, die sichtbare Ergebnisse vorbringen würde. Wenn man das individuelle Risiko eines 90-Jährigen (siehe oben) durch die Impfung auf das eines 60-Jährigen senkt, ist dies schon eine Hausnummer. Ob man aber nun das ohnehin extrem niedrige individuelle Risiko eines 40-Jährigen durch die Impfung auf das kaum noch vorhandene individuelle Risiko eines Teenagers drückt, ist für die Volksgesundheit vollkommen unerheblich. Geradezu kontraproduktiv ist die Impffrage für noch jüngere Altersgruppen. Bei den unter 30-Jährigen ist eine Senkung des individuellen Risikos ohnehin kaum mehr möglich, dafür schlagen hier dann die potentiellen schweren Nebenwirkungen zu Buche, die ja vor allem für jüngere Menschen eine Gefahr darstellen.

### **Missverständnis 10: Die jetzige Coronapolitik ist alternativlos**

Ist die Forderung nach einem sofortigen Ende der Maßnahmen also Pragmatismus oder Zynismus? Schließlich nimmt man ja kalkulierend in Kauf, dass es sowohl bei den

Ungeimpften als auch bei den Geimpften durch deutlich höhere Inzidenzen zu mehr Sterbefällen kommt. Das ist eine gesellschaftliche Frage. Weder bei der Grippe noch bei Dingen wie multiresistenten Keimen gibt es einen politischen Konsens, dass es oberste Priorität habe, jedes einzelne Menschenleben zu retten und dafür Kollateralschäden in Kauf zu nehmen. Ansonsten müssten wir wohl ab sofort Dauermaßnahmen verhängen.

Corona ist gekommen, um zu bleiben. Die hier genannten weit verbreiteten Missverständnisse sind immer noch die Grundlage dafür, dass die Corona-Maßnahmen von einem größeren Teil der Bevölkerung akzeptiert werden – nicht als Dauerzustand, sondern als vorübergehende Einschränkungen, die wieder aufhören, wenn ein bestimmter Zielwert z.B. bei der Impfquote erreicht ist. Räumt man diese Missverständnisse jedoch aus, zeigt sich, dass wir eigentlich nur zwei in sich logische Alternativen haben.

Zwischenlösungen á la „im Frühling ist es vorbei“ sind inhaltlich nicht begründet und unlogisch. Die eine Alternative ist es, den dänischen Weg zu gehen und die Maßnahmen sofort zu beenden. Die andere Alternative ist es, den Ausnahmezustand zur Normalität zu machen und eine Gesellschaft zu werden, die Maske trägt und eine Impfapartheid etabliert. Wollen wir das wirklich?

**Anmerkung Jens Berger:** *In einer früheren Version stand der Satz „Aber auch 83% heißt, dass von 1.000 Menschen, die mit dem Virus in Kontakt kommen, immer noch 170 mit Symptomen erkranken“ im Artikel. Diese Rechnung ist falsch, da die Wirksamkeit in den Studien anders berechnet wurde.*

Titelbild: DesignRage/shutterstock.com

