

COVID-19 IMPFUNG

Soll ich mein KIND impfen lassen?

Soll ich mich in der SCHWANGERSCHAFT impfen lassen?

Soll ich mich zu einer Impfung DRÄNGEN lassen?

Wir laden Sie ein, folgende Informationen bei Ihrer Meinungsbildung zu berücksichtigen

Dr. med. Matthias Gauger, Dr. med. Denis Beyer, Fr. Dr. med. Kira Poutimtseva-Scharf, Stand 08.09.2021

Diese Informationssammlung ist in erster Linie für Patientinnen und Patienten bestimmt, welche in unserer Praxis hausärztlich betreut werden. Gerne darf dieses Dokument jedoch unter korrekter Quellenangabe verlinkt, kopiert, weitergeleitet werden.

Wir bitten, auf telefonische Rückfragen in unserer Praxis zu verzichten. Auch auf Rückfragen per E-Mail können wir aus zeitlichen Gründen nur begrenzt eingehen und bitten hierfür um Ihr Verständnis.

WARNHINWEIS

Die hier präsentierten Informationen könnten zu Zweifeln an der Zweckmässigkeit der Impfung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen führen

Zweifel an der Zweckmässigkeit der Impfung könnten die behördlichen Bestrebungen behindern, so rasch wie möglich so viele Menschen wie möglich gegen COVID-19 zu impfen

Dies ist eine *Auswahl* von Informationen

In die Auswahl und Darstellung der Fakten sind unsere persönlichen Ansichten eingeflossen

Bitte informieren Sie sich über verschiedene Quellen zur Impfung

Die Impfentscheidung ist bei COVID-19 besonders schwierig

Impfentscheidungen sind generell **herausfordernd** und bei den mRNA-Wirkstoffen gegen COVID-19 umso mehr, denn bei einem Grossteil der Bevölkerung verläuft COVID-19 milde. Das Risiko der

Erkrankung ist gegen das Risiko der Impfung abzuwägen. Jeder von uns kennt mittlerweile Personen, welche schwer an COVID-19 erkrankt oder gar daran verstorben sind. Es ist möglich, dass man im Erkrankungsfall **bereuen** wird, dass man sich nicht impfen liess. Andererseits kennen viele von Ihnen mittlerweile auch **Geimpfte mit schweren Nebenwirkungen**, welche äussern, dass sie sich nicht mehr impfen lassen würden.

Bisher wurde jedem das Recht zugestanden, sich selbst eine Meinung zu bilden und frei zu entscheiden, auf welches der beiden Risiken er sich einlassen möchte. Der Einfluss von Politik und Behörden beschränkte sich darauf, sachliche Informationen und Empfehlungen anzubieten. Ganz anders jetzt. Die individuelle Risikoabwägung wird bei dieser Impfung stark überlagert von der kollektiven Risikoabwägung. Wie hoch ist das Risiko des seit 20 Monaten zirkulierenden SARS-CoV2 für die Volksgesundheit und das Gesundheitswesen, gegenüber dem Risiko, einen unerprobten Impfstoff bei grossen Bevölkerungsteilen anzuwenden? Wie ist das Risiko eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit (**Bundesverfassung**, Artikel 10) bei sich oder seinem Kind einzuschätzen gegenüber dem Risiko, welches von sich als Ungeimpften für das Gemeinwohl ausgeht?

Alle diese Aspekte sind miteinander verknüpft und lassen eine persönliche Entscheidung zu einer sehr komplexen Angelegenheit werden. Wir haben deswegen grösstes Verständnis, wenn Ihnen eine Vertiefung in die Impfthematik zu aufwendig erscheint und wenn Sie der offiziellen Darstellung vertrauen. Auch nach bald 2 Jahren wird von den Regierenden die Bedrohung durch die zirkulierenden SARS-CoV2-Varianten für die Volksgesundheit und das Gesundheitswesen als riesig und die Impfung nicht nur der Risikogruppen, sondern möglichst grosser Bevölkerungsteile als einzig gangbaren Ausweg dargestellt. Politiker, Gesundheitsexperten und Medien halten es deswegen für gerechtfertigt, einen in diesem Land noch nie dagewesenen behördlichen, medialen und sozialen Druck auf die Ungeimpften auszuüben und gezielt verhaltenspsychologische Manipulationen anzuwenden (z.B. sogenanntes **Nudging**). Die Notlage wird als so gross betrachtet, dass es gerechtfertigt erscheint, die Grundrechte (Würde, körperliche Unversehrtheit, Meinungsfreiheit, Gewissensfreiheit...) einzuschränken (**Art. 36**) und die Spaltung der Gesellschaft, die Diskriminierung und Entsolidarisierung in Kauf zu nehmen. Entgegen den Beteuerungen der Regierung, keinen Impfzwang zuzulassen (**ab Min. 55:58**, siehe auch **BAG «Freiwilligkeit der Impfung», S. 31**), wird nun toleriert, dass man öffentlich dazu aufrufen kann *«jeden erdenklichen Druck auf Impfverweigerer zu machen. Das Tabu Impfzwang, sei er indirekt oder auch direkt, muss jetzt fallen»* (**Tagesanzeiger vom 15.08.2021**).

Viele unserer Patientinnen und Patienten möchten jedoch weiterhin für sich oder Ihre Kinder diesem Impfdruck nicht unhinterfragt nachgeben, sondern zunächst ausgewogen informiert werden. Gerade die massive Druckausübung und die Tatsache, dass so viele Regierungsversprechungen (kein Impfzwang, keine Diskriminierung, keine Zensurierung, transparente Informierung, nur kurzer Lockdown, **rasche Rückkehr zur Normalität** nach Impfung der hierfür bereiten Risikopatienten...) nicht eingehalten werden, lässt sie zögern, den zwängerischen Impfaufforderungen nachzugeben.

Wir teilen das Unbehagen dieser Bevölkerungsgruppe und möchten Ihnen hier einige Informationen und Argumente vorstellen, warum wir seit der Erstellung unseres **Impfdokumentes vom 04.04.2021** noch zurückhaltender geworden sind, unseren Patientinnen und Patienten die COVID-19-Impfung zu empfehlen.

Wirksame, sichere und günstige Behandlungsmöglichkeiten stehen unabhängig von der Impfung zur Verfügung. Deren Einsatz wird jedoch unterdrückt

Auf unserer Suche nach einer geeigneten ambulanten COVID-19-Behandlung, sind wir auf die Empfehlungen des amerikanischen Arztes, Peter A. McCullough, gestossen. Prof. McCullough ist nicht irgendein Wissenschaftler, sondern er ist eine grosse Kapazität im Gebiet der Herz-Nieren-Erkrankungen. Er ist Internist, Kardiologe, Epidemiologe und Professor der Medizin in Dallas. Kein anderer Wissenschaftler hat mehr peer-reviewed Publikationen über COVID-19 veröffentlicht. In seinem Leben hat er mehr als 1000 wissenschaftliche Arbeiten publiziert. Zudem ist er Gründer und Präsident der Kardiorenenalen Gesellschaft von Amerika und ist Chef-Herausgeber von zwei medizinischen Zeitschriften. Er war an vielen Studien inklusive Zulassungsstudien beteiligt und dort vor allem für Medikamentensicherheit zuständig.

Dr. McCullough hat im Dezember 2020 zusammen mit 56 Wissenschaftlern ein mehrstufiges Konzept zur ambulanten Frühbehandlung von COVID-19 veröffentlicht. Dabei kommen gängige und gut verträgliche Arzneimittel zum Einsatz. Bei frühem Behandlungsbeginn konnten mit diesem Behandlungsprotokoll in einer im Dezember 2020 veröffentlichten Studie 87% Hospitalisationen und 74% Todesfälle bei COVID-19 verhindert werden. In einer kürzlich veröffentlichten Übersichtsarbeit wurden 9 Studien analysiert, bei denen dieses Schema in Altersheimen angewendet wurde. Hier fand sich eine Reduktion der Sterblichkeit um 60% bei guter Verträglichkeit.

In einem aufrüttelnden Interview vom 19. Mai 2021 erzählt der Autor, wie schwer es im aktuellen Umfeld ist, Empfehlungen für die ambulante Frühbehandlung mit altbewährten Medikamenten zu veröffentlichen bzw. diese anzuwenden. Der Gegendruck der pharmazeutischen Industrie und der Gesundheitsbehörden, welche rigoros eine möglichst lückenlose Durchimpfung erreichen möchten, ist enorm gross. Eine wirksame medikamentöse Therapie, macht Impfungen entbehrlicher und könnte ein vereinfachtes Verfahren zur befristeten Zulassung stark erschweren oder verunmöglichen (Heilmittelgesetz Art. 9a).

Auch Prof. Paul Vogt, Klinikdirektor der Herzchirurgie im Unispital Zürich, beklagt diesen Umstand: «Alle Versuche, mittels einer prospektiv-randomisierten Studie eine Kombinations-Therapie mit bereits bekannten Medikamenten auch nur zu evaluieren, wurden von den Behörden (BAG, Task Force) ohne Diskussion auf eine zum Teil unanständige und rüde Art und Weise abgeschmettert [...] gemäss mir bekannten Informationen soll Swissmedic Personen, welche die Möglichkeiten medikamentöser Therapien kommunizieren wollten, mit einer Strafandrohung eingeschüchtert haben.»

Als Hausärzte würden wir ein offizielles ambulantes Frühbehandlungsschema stark begrüßen. Ziel dabei ist es, im Frühstadium der Erkrankung möglichst die Virusvermehrung zu bremsen. Dadurch könnte der erkrankte Mensch eine natürliche Immunität aufbauen und müsste hierfür nur einen milden Verlauf in Kauf nehmen. Nicht ohne Grund befürworten auch hochdekorierte Intensivmediziner ein solches Vorgehen, nebst einer gut erprobten und sicheren Impfung.

SARS-CoV2 zeigt Hinweise auf labortechnische Bearbeitung

Das SARS-CoV-2-Genom weist eine Kombination ungewöhnlicher Merkmale auf, welche in ihrer Gesamtheit aus Sicht zahlreicher renommierter Virologen nur eine Schlussfolgerung sinnvoll erscheinen lässt: Das Virus ist Produkt einer gezielten Abfolge labortechnischer Modifikationen, mit der Absicht, es krankheitserzeugender zu machen (sogenannter GOF, «Gain-of-Function»). Die

Wahrscheinlichkeit, dass die genetischen Besonderheiten, welche SARS-CoV2 im Vergleich zu den anderen bekannten Coronaviren aufweist, zufällig durch natürliche Evolution entstanden sind, tendiert gegen $1/\infty$ (ab Min. 14:49). So zeigen einige dieser Merkmale Spuren, welche typischerweise nach der Anwendung der «Gen-Schere» übrigbleiben. In der genetischen Forschung sind diese Techniken bestens bekannt (S. 15ff). Es wurden und werden enorme Anstrengungen unternommen, diese Tatsachen zu vertuschen (s. [Publication note vom 17.07.21](#) im Abstract). Doch ursprünglich als [Verschwörungstheorie](#) abgetan, wird die Möglichkeit einer labortechnischen Herkunft von SARS-CoV2 nun [ernst genommen](#). Die [Gain-of-Function-Forschung \(GOFR\)](#) von Coronaviren wurde zudem von den US-Gesundheitsbehörden finanziell unterstützt. [Patente zur gentechnischen Veränderung von Coronaviren und zur Impfstoffentwicklung](#) wurden schon lange vor Ausbruch der Pandemie eifrig vergeben. Mitglieder von US-Behörden, welche die Corona-GOFR unterstützten, erwarben auch für die Coronaimpfstoff-Entwicklung wichtige Patente und propagieren nun intensiv die gentechnikbasierten Impfungen.

Auch wenn diese Informationen keinen unmittelbaren Einfluss auf Ihre persönliche Impfentscheidung haben mögen, vermitteln sie doch einen Eindruck, in welcher Atmosphäre von Interessenskonflikten die Impfkampagne geführt wird.

Bei einem natürlichen Pandemieverlauf schwächt sich die Virus-Virulenz mit der Zeit ab

Ein neu entstandenes Virus will das, was jedes Leben will: es will leben und sich vermehren. Ein Virus ist für seine Vermehrung auf einen Wirtsorganismus, z.B. einen Menschen, angewiesen. Aus Sicht eines Virus ist es für seine Weiterverbreitung nicht vorteilhaft, wenn es seinen menschlichen Wirt tötet oder so schwer krank macht, dass er zuhause im Bett liegen muss und keine anderen Menschen mehr treffen kann.

Der evolutionäre Druck auf ein Virus führt deswegen im Laufe einer Pandemie dazu, dass die Ansteckungsfähigkeit eines Virus zunimmt, gleichzeitig aber sein krankmachendes Potential abnimmt. Das Virus attenuiert sich. Die Menschen werden weniger stark krank. Mit der Zeit merkt man nicht mehr viel von der Anwesenheit und Ausbreitung eines solchen endemisch gewordenen Virus, welches sich auf natürliche Weise an das Leben auf dieser Welt angepasst hat.

Coronaviren mutieren besonders leicht. Es wurden bereits [Tausende von Coronavarianten](#) registriert, welche sich in ihrem genetischen Code von dem als Referenzwert gesetzten [Wuhan-1-Virus](#) alle ein wenig unterscheiden. Diese ständigen winzigen Mutationen sind etwas Natürliches, womit unser angeborenes Immunsystem bisher gut fertig wurde.

Auch das SARS-CoV2 scheint glücklicherweise den natürlichen evolutionären Abschwächungseinflüssen zu gehorchen. Die jetzt in der Schweiz (S. 3) und vielen weiteren Ländern dominierende Delta-Variante ist leichter übertragbar, aber entgegen den vielen Behauptungen in den Leitmedien [nicht tödlicher](#) (insb. S. 17). Während der von Delta dominierten vierten Welle in Israel kam es bis jetzt [zu vergleichsweise wenigen Todesfällen](#). Auch in der Schweiz zeigte sich seit Beginn der dritten Welle bis anhin [kein Anstieg der Gesamtsterblichkeit](#).

[Hier](#) gehen wir auf die Risiken ein, die entstehen könnten, wenn eine Pandemie in ihrem natürlichen Verlauf, z.B. durch unvollständig wirkende Impfungen beeinflusst wird.

In der Bevölkerung gibt es einen vorbestehenden Immunschutz (Kreuzimmunität). SARS-CoV2 ist nicht komplett «neuartig»

Aufgrund der jetzigen Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Menschen schon ein recht hoher Immunschutz besteht, *bevor* sie überhaupt zum ersten Mal mit SARS-CoV2 in Kontakt kommen. Dies ist der sogenannten Kreuzimmunität zu verdanken. Das Immunsystem der meisten Menschen muss bereits vorgängig mit nahen Verwandten von SARS-CoV2 Kontakt gehabt und Antikörper entwickelt haben, deren Schutzwirkung auf SARS-CoV2 «hinüberkreuzt». Diese Antikörper müssen im Immunsystem «auf Abruf» vorhanden sein bis sie gebraucht werden, auch wenn sie im Blut nicht messbar sind solange sie nicht gebraucht werden (sogenannte Recall-Antikörper). Die Resultate mehrerer neuer Impfstoffstudien sind nach Auffassung des emeritierten Mikrobiologen, Prof. Sucharit Bhakdi, nur so zu erklären (ab Min. 1:12:10, mit deutschen Untertiteln [hier](#)). In diesen Studien ([hier](#), [hier](#) und [hier](#)) zeigte sich, dass die Teilnehmer schon nach der ersten COVID-Impfung in der Lage waren, innert 5-7 Tagen neutralisierende IgG-Antikörper zu bilden. Hier muss es sich um «Recall-Antikörper» handeln, denn ein Immunsystem, welches noch nie zuvor Antikörper gegen das SARS-CoV2-Spike-Protein gebildet hätte, würde dafür mindestens 3 Wochen benötigen. Dies ist gemäss Prof. Bhakdi der untrügliche Beweis der Natur selbst, dass unser Immunsystem das angeblich «neuartige» SARS-CoV2 bereits kennt und ihm nicht hilflos ausgeliefert ist.

Zudem besteht das Immunsystem nicht nur aus Antikörpern. Eine wichtige Funktion haben die T-Zellen, welche unter anderem Schutz auf den Schleimhäuten vermitteln, da wo die IgG-Antikörper gar nicht hinkommen. Auch hier konnte eine starke vorbestehende **Kreuzimmunität** nachgewiesen werden. Auch wenn SARS-CoV2 ein neues Virus ist, so ist es nie auf eine - immunologisch gesehen - schutzlos ausgelieferte Bevölkerung gestossen, auch wenn das zu Beginn der Pandemie oft erzählt wurde (siehe auch [hier](#)). So wurden alleine für dieses Virus **1434 Stellen** entdeckt, sogenannte Epitope, an denen unser Immunsystem wegen früherer Infekte mit anderen Coronaviren angreifen kann.

Der Immunschutz für Genesene ist besser als für Geimpfte, nicht umgekehrt

Weltweit gibt es immer mehr Genesene. Dazu gehören auch **30 % der Kinder** in der Schweiz. In **Indien** verfügten Ende Juni/Anfangs Juli 2021 bereits 68 % der Gesamtbevölkerung über spezifische Antikörper, dies bei einer damaligen Durchimpfungsrate von nur 4%.

In der Tagespresse wird derzeit die Meinung verbreitet, der Immunschutz auch gegen neue Varianten sei nach einer Impfung besser als nach dem Durchmachen der Krankheit selber (z.B. [hier](#)). Dies wäre ein sehr ungewöhnliches immunologisches Phänomen, welches unseres Wissens in der gesamten Menschheitsgeschichte seit es Impfungen gibt, noch nie zuvor beobachtet wurde.

Tatsächlich ist auch bei SARS-CoV-2 der Immunschutz von Genesenen viel breiter und nachhaltiger als nach einer Impfung (siehe [hier](#)). Wenn man sich auf natürlichem Wege infiziert, entwickelt der Körper ein *Spektrum* von Antikörpern und wie oben erwähnt auch T-Zellen gegen verschiedene Angriffspunkte des Virus, während die COVID-Impfung nur die *isolierte* Bildung von Antikörpern gegen das aktuelle Spike-Protein bewirkt. Wenn sich dieses Spike-Protein durch Mutationen verändert, ist es möglich, dass die Impfantikörper nicht mehr richtig passen und sie damit das Virus nicht mehr unschädlich machen können.

Es gibt darüber hinaus die grosse Befürchtung, dass in einer solchen Situation die Impfantikörper sogar zu einer Virusverstärkung, also zu einem nach hinten losgehenden Schuss, führen könnten.

Dieses Antibody-dependent-Enhancement (ADE) kennt man in der Impfstoff-Forschung von früheren **Corona-Impfstoffkandidaten** und auch bei der Entwicklung von Impfstoffen gegen das **Dengue-Virus**. Eine kürzlich erschienene **Studie** zeigt, dass beim Kontakt des Geimpften mit der Delta-Variante vermehrt nicht-neutralisierende Antikörper entstehen und somit die Gefahr eines ADE real besteht.

Die ungewöhnliche Behauptung, dass Impfungen besser schützen als die durchgemachte Erkrankung, stützt sich auf **Studien**, in welchen der Antikörperverlauf nach durchgemachter Erkrankung mit demjenigen von Geimpften verglichen wurde. Die durchschnittliche Höhe der Antikörperkonzentration im Blut bei gesunden jungen Geimpften, war zunächst höher als bei Genesenen, woraus gefolgert wurde, dass dies eine bessere Immunität darstelle. Die Swiss National COVID-19 Science Task Force selbst äussert jedoch viele Zweifel an dieser sehr vereinfachenden Schlussfolgerung. Im entsprechenden **Bericht**, wird deutlich, mit welcher grosser Mühe dieses Beratungsgremium versucht hat, aus den Daten der verschiedenartigen Antikörperverläufe eine einigermaßen wissenschaftlich wirkende Schlussfolgerung zu ziehen zur Festlegung der Zertifikatdauer. An etlichen Stellen wurde auf die vielen Vorbehalte und Kalkulationsunsicherheiten hingewiesen. Originalwortlaut (im Abschnitt Conclusions): *«Die Bewertung dieser Antikörperabbaukinetik basiert meist auf Daten von jungen und gesunden Geimpften und wird zeitlich und über die erfassten Alters- und Risikogruppen hinaus extrapoliert. Solide Daten von Personen im Alter von über 70-75 Jahren und von anderen Risikogruppen sind sehr begrenzt. Daher handelt es sich bei den hier vorgelegten Berechnungen um sehr grobe Schätzungen der minimalen Schutzdauer, die auf mehreren Annahmen beruhen, die mit erheblichen Unsicherheiten behaftet sind.»*

Von diesen «erheblichen Unsicherheiten» ist in den Medienberichten nichts zu hören.

Wie erwähnt, wurden meist nur Junge und Gesunde untersucht und daraufhin die Daten auf die Älteren extrapoliert. Doch 31.3 % der älteren Menschen entwickelten in einer **Studie mit dem PfizerBioNTech-Impfstoff** auch nach der zweiten Impfdosis überhaupt keine neutralisierenden Antikörper. Man muss also davon ausgehen, dass 30 % der geimpften Älteren, welche die Immunität besonders bräuchten, von Anfang an gar nie einen Impfschutz haben und sich in falscher Sicherheit wiegen (siehe auch **hier**).

Hingegen gibt es mittlerweile eine Reihe von Untersuchungen, welche bei den Genesenen jeden Alters einen sehr robusten, langanhaltenden und breiten Immunschutz auch vor Delta und den anderen Varianten belegen. Es gibt weltweit nur sehr wenig Genesene, welche nachweislich ein zweites Mal an SARS-CoV2 erkrankt sind (in dieser **Studie** waren es 0.0086%; siehe auch **hier**). Dieser gute Schutz bezieht sich auch auf Menschen, welche **nur wenige oder gar keine Symptome** der Erkrankung hatten.

Das gängige Narrativ, welchem wir seit nun 20 Monaten ausgesetzt sind, erweckt bei vielen Menschen die Vorstellung, dass bei SARS-CoV2 sehr vieles was man bisher über das Verhalten von Erkältungsviren wusste, anders und gefährlicher ist. Selbst unter Berücksichtigung der Möglichkeit, dass SARS-CoV2 ein gentechnisch manipuliertes Virus ist, zeigt sich nun glücklicherweise, dass es sich im Grossen und Ganzen relativ «normal» verhält, also so, wie es aufgrund des etablierten virologischen Grundlagenwissens zu erwarten ist.

Dies alles sind sehr gute Nachrichten, welche zu einer grossen Entspannung bei Regierungen, Gesundheitsverantwortlichen und in der Bevölkerung führen dürften. – Warum sollten wir uns diese Tatsachen vorenthalten und unnötig im Alarm- und Angstmodus verharren?

Der Immunschutz von Genesenen kann durch eine nachträgliche Impfung nicht verbessert werden. Dies dennoch versuchen zu wollen, birgt Gefahrenpotential

Genesene entwickeln mehr Impfnebenwirkungen nach einer Impfung (ab Min. 5:54). Nach unserem Kenntnisstand gibt es keinen einzigen wissenschaftlichen Grund *dafür* aber triftige Gründe *dagegen*, dass sich genesene Personen zusätzlich noch impfen lassen sollten. Der schon sehr gute Immunschutz eines Genesenen wird durch eine nachträgliche Impfung nicht verbessert (siehe [hier](#)). Hingegen reagiert das vorbereitete Immunsystem sehr stark auf die Spikeproteine, welche als Folge der Impfung in zahlreichen Körperzellen gebildet werden. Wenn die Spikeproteine auf der Oberfläche unserer eigenen Körperzellen erscheinen, ist unser Immunsystem dazu gezwungen, mit aller Vehemenz die eigenen Körperzellen zu attackieren, zu zerstören und Entzündungs- und Blutgerinnungsprozesse zu aktivieren. Je stärker das Immunsystem ist, desto heftiger kann eine solche Immunreaktion ablaufen, weshalb zu erwarten ist, dass besonders junge und gesunde Menschen von diesen Impfauswirkungen betroffen sind. Eine gut verständliche Darstellung der Impfstoffwirkung findet sich [hier](#) (ab Min. 1:29:44)

Eindämmungsmassnahmen und Impfungen mit schwach wirksamen Impfstoffen fördern die Entstehung und Ausbreitung aggressiverer Virus-Varianten

Künstliches Eingreifen (Eindämmungsmassnahmen, Informationslenkung, Impfkampagne) in die natürlichen Pandemievorgänge enthält grosses Gefahrenpotential in Richtung Selektion **aggressiverer Varianten**. Wenn wir den Viren durch Distanzregeln die Übertragung schwerer machen, finden nur die gut übertragungsfähigen Virusvarianten den Weg zum nächsten Wirt. Und wenn wir es gewissen Virusstämmen durch Impfungen schwerer – aber nicht unmöglich – machen, sich zu vermehren, bieten wir den robusteren und damit oft gefährlicheren Unterarten einen **Vorteil**. Aus diesen Gründen fehlte es deshalb nicht an **Aufrufen von Wissenschaftlern**, sich von Anfang an gut zu überlegen, wie man in das Pandemiegeschehen eingreifen will (siehe auch [hier](#)).

Die Politiker wussten von diesem Wechselspiel zwischen Massnahmen und Virusanpassung. Der medienpräzente deutsche Gesundheitspolitiker, Prof. Karl Lauterbach, sprach in einem **Interview vom 19.06.2021** (ab Min. 22:52) freimütig darüber, dass durch das Impfen «*ganz klar*» die Ausbreitung aggressiverer Varianten gefördert wird. Dass man sich in den meisten Ländern trotzdem auf dieses gefährliche Spiel einliess, hatte wohl mit dem Glauben zu tun, eine vollständige Durchimpfung der Bevölkerung sei rasch möglich und würde das Zirkulieren des Virus komplett zum Erliegen bringen. Doch hierbei handelt es sich schlicht um ein Ding der Unmöglichkeit, selbst bei höchster Impfwillingkeit der kompletten Weltbevölkerung.

Wurden Sie in den Medien darauf aufmerksam gemacht, dass mit der Impfkampagne gefährlichere Varianten von SARS-CoV-2 gefördert werden?

Dr. Geert Vanden Bossche ist ein in seiner Einschätzung nicht alleinstehender belgischer Wissenschaftler, welcher vehement darauf hinweist, dass die derzeit verwendeten COVID-19-Impfstoffe eine **zusätzliche Gefahr** bergen könnten: Die durch die Impfung gebildeten Antikörper (spezifische Immunabwehr) sind nicht nur schwach in der direkten Bekämpfung von SARS-CoV-2, sondern sie behindern darüber hinaus auch die Tätigkeit unserer unspezifischen Immunabwehr. Wenn Antikörper der Luftwaffe gleichen, welche punktgenaue Angriffe fliegen können, dann entspricht unser unspezifisches Immunsystem den Bodentruppen. Sollten neue Varianten auftreten, auf welche die Impfantikörper nicht greifen, dann haben die Geimpften nicht nur keine mobilen Scharfschützen

mehr, sondern auch ihre Bodentruppen sind lahmgelegt. Dann gibt es nicht mehr viel, was unser Körper zur Abwehr des COVID-19-Virus aufbieten könnte.

Die vierte Welle ist *keine* «Pandemie der Ungeimpften»

Derzeit erleben wir eine Flut von Mediendarstellungen, welche den Eindruck erwecken, die jetzige vierte Pandemie-Welle sei eine Folge der ungenügenden Durchimpfung. Es sei *«kristallklar»*, dass wir uns jetzt in einer *«Pandemie der Ungeimpften»* befinden, so beispielsweise **US-Präsident Biden am 03.08.2021**. Die Ungeimpften seien nicht nur verantwortlich für die Verbreitung des Virus, sondern selber auch besonders stark von der jetzigen Welle betroffen. Dadurch würden sie auch das Gesundheitssystem unnötig belasten und schuldig dafür sein, dass Wahleingriffe bei ihren Mitmenschen zurückgestellt werden müssen. *Nur wer sich jetzt impfen lasse, helfe sich selbst und anderen*. Dass die Pandemie noch nicht vorbei sei, hänge vor allem daran, dass es Menschen gäbe, welche den Piks in den Oberarm verweigert hätten. So wenig, wie ein Betrunkener das Recht habe ans Steuer zu sitzen, so wenig habe ein Ungeimpfter das Recht, sich und andere in Gefahr zu bringen (**Gavin Newsom, Gouverneur von Kalifornien**).

Wir nehmen diese Behauptungen, welche sich auf entsprechende Studien (z.B. [hier](#), oder [hier](#)) berufen, zur Kenntnis. Wir beobachten auch die Entwicklungen in den verschiedenen Ländern. Insgesamt finden wir jedoch vor allem Hinweise, welche die Aussage «Pandemie der Ungeimpften» stark relativieren, wenn nicht sogar auf den Kopf stellen.

Die Hospitalisations- und Todesfallrate der jetzigen «Pandemiewelle» bewegt sich in der Schweiz gemäss aktuellem Bericht (**Stand 26.08.2021**) auf einem sehr tiefen Niveau: 0.2 Todesfälle in Woche 32 und 0.3 Todesfälle in Woche 33 pro 100'000 Einwohner. Je nach Absicht (siehe auch [hier](#)) könnte man dieselben Zahlen natürlich auch für eine Schlagzeile verwenden: *«Innert einer Woche ist die Zahl der Corona-Todesfälle um 64% angestiegen»*.

Seit dem 21.01.2021 wird in der Schweiz der Impfstatus für alle Fälle, insbesondere für alle hospitalisierten Fälle und alle Todesfälle erfasst. Dennoch fehlen dem BAG verlässliche Daten zum Impfstatus der positiv Getesteten (**S. 16**). Ungeimpfte lassen sich aufgrund der 3G-Bestimmungen viel häufiger testen. Geimpfte hingegen fühlen sich auch beim Auftreten von Symptomen in Sicherheit und gehen dadurch weniger zur Testung. Geimpfte Personen, welche positiv getestet werden, aber ohne Krankheitssymptome sind, zählen gemäss **Robert-Koch-Institut** (Stand 02.09.2021) nicht als Impfdurchbrüche. Dies gilt es bei der Interpretation der positiven Testresultate in den beiden Gruppen zu berücksichtigen.

Auch von den Hospitalisierten oder Verstorbenen liegen dem BAG nur lückenhafte Angaben über deren Impfstatus vor (**S. 16**). Das BAG selbst weist darauf hin, dass die **Anzahl Spitaleintritte bei Geimpften leicht unterschätzt** wird.

Wie sieht das Erkrankungsverhältnis von Geimpften und Ungeimpften in anderen Ländern aus? Es fällt auf, dass Staaten mit besonders hoher Durchimpfung, wie die **Seychellen**, Gibraltar, Israel, Grossbritannien, Schottland, **Island**, trotzdem sehr hohe Erkrankungszahlen aufweisen.

Die **Zahlen aus Grossbritannien** (**S. 23**) betreffend Zeitraum vom 1. Februar 2021 bis 15. August 2021, lauten: 679 Todesfälle durch Delta bei den vollständig Geimpften, 390 Todesfälle durch Delta bei den Ungeimpften.

In Israel sind **80 % der über 12jährigen vollständig geimpft**. Dennoch hat Israel aktuell **die höchste Infektionsrate**. Mit seinen 8.8 Mio. Einwohnern und einem ähnlichem Wirtschafts- und Gesundheitssystem bietet Israel für die Schweiz (8.6 Mio Einwohner) eine gute Vergleichsmöglichkeit. Is-

rael hat **kurz vor Weihnachten 2020** mit der Impfkampagne gestartet. Doch bereits jetzt im Sommer 2021 ist der Impfschutz in der israelischen Bevölkerung so schlecht, dass in hektischer Aktivität seit dem 30.07.21 über 2.5 Millionen Einwohner (Stand 06.09.2021) eine **dritte Dosis** erhalten haben. Und schon gibt es viele dokumentierte Infektionen auch nach dieser dritten Dosis (S. 8). Inmitten einer «Pandemie der Ungeimpften» müssen dies sehr irritierende Meldungen sein aus dem «**Versuchslabor Israel**».

Eine **israelische Studie** zeigt, dass Geimpfte im Vergleich zu Genesenen zu Beginn zwar zunächst höhere Antikörpertiter aufweisen. Diese nehmen im Verlauf aber achtmal schneller ab, so dass die Schutzwirkung relativ schnell wieder nachlässt.

Schon 7 Wochen nach der zweiten Impfdosis kam es im Juni 2021 in einem **vietnamesischen Spital** zur Erkrankung eines geimpften Mitarbeiters an der Deltavariante. Bei der unverzüglichen PCR-Testung der gesamten – zum selben Zeitpunkt geimpften - Belegschaft (ca. 900 Personen) wurden 68 weitere Mitarbeitende positiv getestet, alle mit derselben Deltavariante. Die Allermeisten entwickelten kaum Symptome. Sehr auffallend war jedoch die aussergewöhnlich hohe Viruslast bei den Betroffenen. Sie war **251mal höher** als man dies von Erkrankten zu Beginn der Pandemie kannte. Auch waren die Viren auffallend lang, nämlich bis zu 30 Tagen in den Nasenräumen der Betroffenen nachweisbar. Die Beobachtungen in diesem Impfdurchbruchs-Fall sind sehr beunruhigend. Die *Geimpften*, welche nichts von ihrer hohen Viruslast wissen, erweisen sich bei Delta als Superspreader-Kandidaten und damit als potentielle Treiber der Pandemie.

Selbst unter Bedingungen, wo Geimpfte vollständig unter sich sind, kann das Virus zirkulieren. Diese Tatsache unterstreicht exemplarisch **ein COVID-19-Ausbruch auf dem britischen Flugzeugträger HMS Queen Elizabeth** anfangs Juli 2021. Unter der vollständig 2x geimpften Besatzung kam es zu etwa 100 positiven Fällen.

Die Impfung kann also weder signifikant verhindern, dass man sich ansteckt, noch dass sich das Virus im Körper vermehrt und man Symptome entwickelt, noch dass man es weiterverbreitet. Zudem fördert die Impfung die Entwicklung aggressiverer Varianten und zeigt Anzeichen, schnurgrade in die Sackgasse der **Impfstoffresistenz** zu führen.

Damit verbleibt als einzige nützliche Wirkung der Impfung, dass sie möglicherweise eine kurze Zeit lang (**5 Monate?**) teilweise vor schweren oder gar tödlichen Verläufen schützt. Nicht zu vergessen ist, dass diese Schutzwirkung eine Krankheit betrifft, mit einer Sterblichkeit (IFR, infection-fatality-rate) von vielleicht **0.15 %**, bei welcher die Menschen in der Schweiz bei tödlichem Verlauf durchschnittlich (Medianalter) **85 Jahre** alt sind (S.4) und für welche mittlerweile sehr wirksame und einfache **Behandlungsmöglichkeiten** bestehen.

Reicht diese Impfwirksamkeit aus, eine «Pandemie der Ungeimpften» auszurufen?

Ganz offensichtlich wirkt die Impfung nicht so, wie versprochen wurde und wie man sich gegenseitig unzählige Male eingeredet hat. Die Impfung wirkt wohl eher so, wie es durch nüchtern-wissenschaftliche Naturbeobachtung zu erwarten war.

Immer wieder werden wir Menschen von unserer zentralen Schwäche erwischt: dem Festhalten an der insgeheimen Grundüberzeugung, dass sich die Natur nach unseren Vorstellungen zu richten hat (weitere Ausführungen z.B. **hier** oder **hier**). Und immer wieder reagieren wir gleich, wenn wir mit den Konsequenzen dieser unpassenden Grundüberzeugung konfrontiert werden: **Wir versäumen das Naheliegende - unsere irrtümlichen Überzeugungen zu hinterfragen** - und suchen stattdessen Sündenböcke, z.B. die **Ungeimpften** oder **Delta, dieses «Biest»**.

Ungeimpfte sind keine Unmenschen, und ein Virus ist kein Biest. Viren sind wertneutrale Naturerscheinungen, welche sich absichtslos in unserer menschengemachten Lebenswelt so auswirken, wie wir es ihnen ermöglichen (siehe auch **hier**).

Die COVID-19-Impfstoffe befinden sich derzeit im Experimentierstadium

Die Schweizerische Arzneimittelzulassungsbehörde [Swissmedic](#) hat die mRNA-basierten Impfstoffe vorerst nur befristet zugelassen. Die befristete Zulassung erlaubt es, «*Arzneimittel gegen lebensbedrohende Krankheiten möglichst schnell betroffenen Patienten verfügbar zu machen*». Gegenüber einem ordentlichen Verfahren bestehen hier «*reduzierte Anforderungen in der Vollständigkeit der Dokumentation*». Der Hersteller verpflichtet sich, im Verlauf ausstehende Daten nachzuliefern. Bei den mRNA-basierten Wirkstoffen gründet die befristete Zulassung auf Interimsdaten, sprich Zwischenresultaten der Zulassungsstudien, welche nach zwei Monaten erhoben wurden. Die eigentlichen Zulassungsstudien sind aber frühestens im [Februar 2023](#) abgeschlossen. In einem [Schreiben](#) der Swissmedic an Pfizer, welches dem Ärztenetzwerk [Aletheia](#) vorliegt, fehlten zum Zeitpunkt der Zulassung Reproduktions-, Genotoxizitäts- und Neurotoxizitätsstudien. Der Hersteller konnte also keine Angaben machen, ob sich die mRNA-Präparate negativ auf die Fortpflanzung, auf das Erbgut oder auf das Nervensystem auswirken.

Die mRNA-Impfstoffe befinden sich derzeit also noch immer im Erprobungsstadium. Jeder, der sich bis Februar 2023 impfen lässt, tut dies bei laufendem Versuch. Darüber lässt sich nicht diskutieren. In einem [Brief](#) der Aletheia an die Swissmedic wird stark angezweifelt, ob dieser Umstand vom BAG offiziell auch genügend kommuniziert wurde. Bereits im Juli 2021 wurde in einem ersten [offenen Brief](#) die sofortige Sistierung der befristeten Zulassung der COVID-19-Impfstoffe insbesondere für Kinder ab 12 Jahren gefordert. So gilt gemäss der [Wegleitung Befristete Zulassung Humanarzneimittel \(HMV4\)](#) unter anderem folgende Voraussetzung für eine befristete Zulassung (5.1.1a): «*Das Arzneimittel dient der Erkennung, Verhütung oder Behandlung einer Krankheit, die zu einer schweren Invalidität, schwerem Leiden mit möglicher Todesfolge oder kurzfristig zum Tod einer Patientin oder eines Patienten führen kann. [...] Das Risiko der schweren Invalidität oder der möglichen Todesfolge soll für alle in der Zielpopulation erfassten Patientinnen und Patienten zutreffen.*»

Dieses Kriterium trifft bei Kindern ab 12 Jahren mit ihren vorwiegend sehr milden Verläufen nicht zu. Deshalb muss die befristete Zulassung für Kinder und wohl auch für Erwachsene stark hinterfragt werden.

Fragwürdige Zulassung von Comirnaty® durch die FDA

Trotz einer sehr lückenhaften Studienlage hat zudem am 23.08.2021 die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA den ersten COVID-19-RNA-Wirkstoff Comirnaty® von BioNTech-Pfizer [zugelassen](#). Damit hat die FDA gegen alle [Richtlinien](#) verstossen, die sie sich selber gesetzt hat. So forderte sie noch im Juni 2021 frühestens eine Zulassung, wenn für mindesten 12 Monate nach der zweiten Dosis Beobachtungs- und Sicherheitsdaten zur Verfügung stehen. Als Vergleich: bei Zulassungsverfahren von anderen [Impfstoffen](#) hat die Beobachtungszeit im Durchschnitt jeweils 18 Monate gedauert. Prominentester Kritiker am Entscheid der FDA, ist Peter Doshi, ein Senior Editor der Zeitschrift [The BMJ](#). In seinem [Blogeintrag](#) vom 23.08.2021 fordert er für die Zulassung des ersten mRNA-Impfstoffs kontrollierte Langzeitstudien von mindestens 2 Jahren und vor allem öffentlich zugängliche Daten. Zudem enthüllt er auf seiner Plattform, dass entgegen der Behauptungen von Pfizer, weniger als 10 % der Probanden für sechs Monate beobachtet wurden. Die meisten der

Studienteilnehmer wurden nur 4.4 Monate beobachtet, da [Pfizer](#) bereits am 1. März 2021 allen Teilnehmern in der Placebogruppe die mRNA-Injektion angeboten hat. [Moderna](#) hat seit dem 13. April 2021 ebenfalls an 98% der Teilnehmer der Kontrollgruppe den Wirkstoff verabreicht. Damit wird die Weiterführung der Phase-3-Studie zu einer Farce. Wichtige Informationen bezüglich der Wirksamkeit, aber vor allem der Nebenwirkungen werden wir nie erfahren. Eine aktive Pharmakovigilanz, sprich ein aktives Erfassen von Nebenwirkungen, findet nicht mehr statt. Meldungen werden nur noch passiv in den entsprechenden Meldeportalen berichtet.

In Zeiten von Corona scheinen alle Reglementierungen und Sicherheitsbestimmungen, welche wir uns in den letzten Jahrzehnten mühsam erarbeitet haben, ihrer Gültigkeit verloren zu haben.

Urteilsfähigkeit, informierte Einwilligung, Freiwilligkeit der Impfung

Gemäss dem BAG sind *«Impfungen juristisch gesehen Eingriffe in die körperliche Integrität, die nur gerechtfertigt sind, wenn die betroffene Person ihre informierte Einwilligung erteilt hat»*. Für eine informierte Einwilligung bedarf es unter anderem Informationen bezüglich *«Verträglichkeit, Wirksamkeit, Alternativen, Nebenwirkungen inklusive Myokarditis und Perikardits etc»*. Eine weitere Grundvoraussetzung für die Einwilligung ist die Urteilsfähigkeit. *«Urteilsfähig ist, wer eine Situation und die Folgen einschätzen und die entsprechend richtigen Entscheidungen treffen kann. [...] Die Prüfung der Urteilsfähigkeit liegt in der Verantwortung der impfenden Person und kann nicht an ein fixes Alter gebunden werden. [...] Nicht urteilsfähige Jugendliche benötigen das Einverständnis der Erziehungsberechtigten»*. Sind diese Kriterien also erfüllt, so können sich Jugendliche ab 12 Jahren gemäss BAG eigenständig für eine Impfung entscheiden.

Stellen wir uns nun das Szenario des Impfbusses auf dem Pausenplatz konkret vor. Der Impfarzt ist für das impfinteressierte Kind eine fremde Person. Wieviel Zeit hat der Impfarzt, um das Kind in all den geforderten Punkten aufzuklären? Welche Kriterien verwendet er, um die Urteilsfähigkeit des Kindes zu beurteilen? Wie steht es in dieser Situation um die Freiwilligkeit der Impfung? Aus dem persönlichen Umfeld (Kanton Aargau) mussten wir vernehmen, dass Kinder auf dem Pausenplatz durch das Impfteam aktiv zur Impfung *«angeworben»* wurden. Zudem ist die soziale Kontrolle im schulischen Umfeld enorm gross. Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig auf sozialen Druck. Eine Einwilligung zu dem Körpereingriff soll aber ohne Beeinflussung durch *«Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Überredung oder des Zwanges»* erfolgen. Können diese Kriterien bei der aktuellen Impfpraxis in den Schulen eingehalten werden? Hinzu kommt, dass es sich bei der aktuellen Impfkampagne eher um ein laufendes medizinisches Experiment als um einen einfachen medizinischen Eingriff handelt. Umso mehr ist deswegen eine strenge Orientierung am [Nürnberger Kodex von 1947](#) zu fordern. Juristisch befindet man sich vermutlich in einem Graubereich. Es besteht zwar eine befristete Zulassung, gleichzeitig läuft aber weiterhin eine Phase-3 Studie mit den oben erläuterten Mängeln.

In den Leitlinien zur Forschung mit gesunden Kindern und Jugendlichen der [Swissethics](#) wird für die Forschung an Minderjährigen eine schriftliche Einwilligung der Eltern oder gesetzlichen Vertretung verlangt.

Wenn Sie sich von Behörden unter Druck gesetzt fühlen, dann besteht unter anderem die Möglichkeit, sich [hier](#), [hier](#), [hier](#) oder [hier](#) über Ihre rechtlichen Möglichkeiten zu informieren und Vordrucke herunterzuladen oder sich an [Petitionen](#) zu beteiligen (siehe auch [hier](#)).

Das Risiko für Kinder und Jugendliche, an COVID-19 zu versterben, ist niedriger als bei der Grippe. Auch andere Rechtfertigungsgründe für eine Impfung in dieser Altersgruppe sind sehr schwach

Das Risiko eines Kindes (bis 18 Jahren) an COVID-19 zu versterben beträgt 0.0% ($\approx 0.003\%$) und ist damit niedriger als bei der jährlichen Grippe (Influenza).

In der Schweiz (S. 4) kam es in den Altersklassen der 6- bis 17-Jährigen seit Beginn der Epidemie zu keinen Todesfällen im Zusammenhang mit einer laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektion (Stand 22.06.2021).

In Deutschland werden seit März 2020 die Zahlen bundesweit in einem Register erhoben. Bis zum 21.04.2021 wurde bei 4 Kindern COVID-19 als Todesursache festgestellt. Im Zeitraum 2018/2019 wurden in Deutschland 9 Kinder registriert, welche an der Grippe verstorben sind. Zur Einordnung dieser Zahlen: Im Jahr 2019 lag die Zahl der durch einen Verkehrsunfall getöteten Kinder in Deutschland bei 55 und die Zahl der ertrunkenen Kinder bei 25. Seit Beginn der Erfassung im März 2020 mussten weniger als 0.01% der 14 Millionen Kinder und Jugendlichen in Deutschland wegen einer SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden.

Das Risiko für Kinder, schwer an COVID-19 zu erkranken ist demnach sehr, sehr gering, was sich vermutlich auch mit Ihren eigenen Beobachtungen deckt. Auch wir haben in der Praxis bei Kindern bisher glücklicherweise keine schweren Verläufe gesehen. 30 % der Kinder in der Schweiz haben bereits Antikörper gebildet.

Das manchmal als Argument für eine Impfung ins Spiel gebrachte «Long-COVID», scheint zumindest bei Kindern keine nennenswerte Rolle zu spielen, und wurde von uns in der Praxis noch nie gesehen.

Als Begründung für eine Impfung von Kindern wird auch die Vermeidung psychosozialer Auswirkungen genannt. In einem berührenden Brief an die Eltern sagt eine süddeutsche Kinderärztin, was sie von dieser Argumentation hält.

Die Wirksamkeit der mRNA-Impfungen bei Kindern von 12-15 Jahren ist dürftig

Auf Seite 20 der aktuellen Impfeempfehlungen des BAG wird in der Nutzen-Risiko-Analyse für 12-15-Jährige die Wirksamkeit der mRNA-Impfstoffe als «sehr gut» beschrieben. In der Tat zeigte die Zulassungstudie von Comirnaty®, dem Präparat von Pfizer/BioNTech eine Wirksamkeit von 100 % Ebenso weist Spikevax® von Moderna eine Wirksamkeit von 100 % auf.

Doch sind diese Angaben, mit welchen die Swissmedic Ihre Zulassung am 04.06.2021 für Comirnaty® und am 09.08.2021 für Spikevax® begründet, seriös? Welches Mass verwendet unsere Arzneimittelzulassungsbehörde bei dieser Beurteilung?

Bei dieser Zulassung hat man sich auf das Mass der relativen Risikoreduktion (RRR) verlassen. Es ist höchst erstaunlich, dass das NEJM, die Zeitschrift, welche die Zulassungsstudien publiziert hat, dieses Mass zur Bewertung der Wirksamkeit überhaupt akzeptiert hat. Jedem Medizinstudierenden

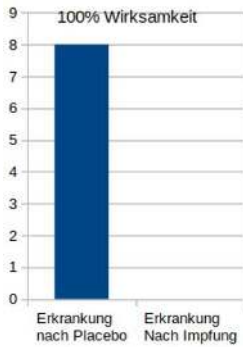


Schaubild1: RRR

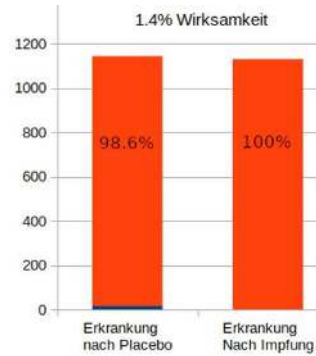


Schaubild2: ARR

wird über die Jahre wiederholt aufgezeigt, dass die RRR bevorzugt von Pharmaunternehmen in der Fachwerbung angegeben wird, da damit der Lesende dazu neigt, den erreichten Effekt erheblich zu überschätzen. Das *Deutsche Ärzteblatt* nennt dieses Mass sogar als «irreführend». Wie wir bereits in unserer letzten *Patienteninformation* (S. 10) erläuterten, wäre es viel ehrlicher, die absolute Risikoreduktion (ARR) oder die Number Needed to Vaccinate (NNV) anzugeben. Beide Angaben findet man weder bei der Swissmedic noch beim Hersteller. Da es für das Verständnis der

Wirksamkeit von Comirnaty® bei Kindern essentiell ist, möchten wir das Zustandekommen der verschiedenen Zahlen nochmals aufzeigen.

In der Zulassungsstudie wurden 2260 Kinder im Alter von 12-16 Jahre über zwei Monate nach der zweiten Comirnaty®-Dosis zwecks Verhinderung einer *leichten* COVID-19 Erkrankung beobachtet. In der Placebogruppe erkrankten 16 der 1129 Kinder. In der Gruppe mit den 1131 geimpften Kindern erkrankte keines. Betrachtet man isoliert nur die erkrankten Kinder in beiden Gruppen (siehe Schaubild 1: RRR), wie es in der Zulassungsstudie präsentiert wird, so ergibt sich eine relative Risikoreduktion von 100%. Diese Wirksamkeit von 100% ist aber eine Täuschung. Berücksichtigt man nämlich zusätzlich die Kinder, welche während der Studie nicht erkrankt sind, also alle Kinder, so ergibt sich eine errechnete absolute Risikoreduktion von nur 1.4% (siehe Schaubild 2: ARR). Ein noch genaueres Bild von der Wirksamkeit liefert die Number needed to Vaccinate (NNV). In dieser Studie ist die NNV 72, denn 72 Kinder müssen geimpft werden, damit man *eine* leichtverlaufende COVID-19-Erkrankung verhindern kann. Und diese niedrige Impfwirkung ist sogar nur dann korrekt, wenn der PCR-Test zu 100 % genau ist, was er aber *bei weitem nicht* ist.

In der Zulassungsstudie von Spikevax® bei Jugendlichen schrumpft die proklamierte Wirksamkeit in der Vermeidung von *leichten* Erkrankungsfällen sogar von 100% (RRR) auf 0.3% (ARR), was einer NNV von 334 entspricht. Auch die Zulassungsstudien bei Erwachsenen schliessen nicht besser ab. Dieser Umstand wurde auch in der Fachwelt bemerkt und in der renommierten Zeitschrift *The Lancet Microbe* verkündet. Man kam zum Schluss, dass in der realen Welt die Wirksamkeit vermutlich noch schlechter sei und man die NNV sicherlich mit dem Faktor 1.8 multiplizieren soll. In einer weiteren *Analyse* lag die NNV bei 200-700 zur Verhinderung einer positiven Testung und bei 9'000 – 100'000 zur Vermeidung eines Todesfalles.

In den Zulassungsstudien bei Kindern kam es zu keinem einzigen schweren Erkrankungsfall (auch zu keinem bei den Ungeimpften), worüber wir natürlich dankbar sind. Somit ist aber auch klar, dass es über die Wirksamkeit der Impfung zur Verhinderung schwerer Verläufe bei Kindern keinerlei Daten gibt. In Anbetracht dessen, dass auch die Langzeit-Sicherheitsdaten komplett fehlen, ist es uns schleierhaft auf welchen Grundlagen die Swissmedic auf eine positive Nutzen-Risikobewertung kam.

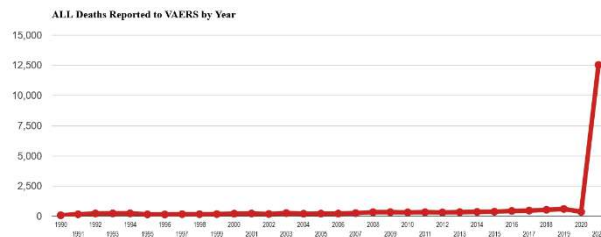
Wir bitten Sie als Eltern, ihre eigenen Nutzen-Risiko-Überlegungen durchzuführen. Würden Sie auch von einer «sehr guten» Wirksamkeit der mRNA-Impfstoffe gegen Erkrankungen bei 12–15-

Jährigen reden, wenn damit gemeint ist, dass 72-334 oder sogar noch mehr Kinder zweimal geimpft werden müssen, damit man *einen* Fall einer *leichten* Erkrankung vermeiden kann?

Die Sicherheit der Impfstoffe ist nicht erwiesen. Besonders für Kinder und Jugendliche sind die Sicherheitsbedenken gross und werden immer grösser

Die Liste der Sicherheitsbedenken in unserem [Impftext vom 04.04.21](#) ist leider immer noch aktuell.

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Der steil nach oben ragende Strich rechts zeigt bildlich, in welchem Ausmass die in den USA *gemeldeten* Todesfälle nach einer Impfung seit Beginn der COVID-19-Impfkampagne zugenommen haben, im Vergleich zu den ruhigen 30 Jahren zuvor. Diese steile Kurve ist selbst dann noch



sehr auffallend, wenn man berücksichtigt, dass seit Ende 2020 in kurzer Zeit viele Millionen Menschen geimpft worden sind. Dabei sind in dieser Grafik die nicht gemeldeten Verdachtsfälle noch gar nicht berücksichtigt. In einer Studie mit dem Titel [«Estimating the number of COVID vaccine deaths in America»](#) wurde eine massive Untererfassung mindestens um den Faktor 41 als wahrscheinlich betrachtet. Die tatsächliche Zahl von Todesfällen in Zusammenhang mit der Impfung erhöht sich in den USA somit auf 148'000 bis 226'000 (Stand 28.08.2021). Natürlich hat das Amerikanische Meldesystem VAERS Mängel, da anders als beim Schweizerischen System ELVIS auch medizinische Laien Meldungen machen können. Andererseits besteht so eine bessere «Gewaltentrennung», denn das Meldesystem unterliegt nicht der Zulassungsbehörde. In der Schweiz ist die Swissmedic für beides verantwortlich, was hinsichtlich Gewaltentrennung problematisch ist.

Eine sorgfältige [Analyse von geschulten Wissenschaftlern](#) der ersten 250 von 1644 Toten, welche bis April 2021 im VAERS gemeldet wurden, zeigt, dass immerhin 67 % der Meldungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen getätigt wurden. In nur 14 % der Fälle konnte eine Impfreaktion als Ursache des Todesfalles ausgeschlossen werden. Die Meldedaten im VAERS scheinen also repräsentativ zu sein.

Viele Ärztinnen und Ärzte verstehen die Welt nicht mehr, dass man die Impfstoffe überhaupt zugelassen (z.B. [hier](#)), bzw. nicht längstens wieder verboten hat (z.B. [hier](#) oder [hier](#)).

In Deutschland haben sich bereits [23'000 Arztpraxen](#) (Stand 15.08.2021) von den Impfhandlungen zurückgezogen. Manche Ärzte begründen ihren Ausstieg mit ihren eigenen Beobachtungen von Nebenwirkungen bei ihren Patientinnen und Patienten (z.B. [hier](#)).

Möglichkeiten, sich über Art und Ausmass der Nebenwirkungen einen Eindruck zu verschaffen, finden sich [hier](#), [hier](#), [hier](#), [hier](#), sowie über die Websites der offiziellen Meldebehörden Schweiz ([Swissmedic](#)), Deutschland ([Paul-Ehrlich-Institut](#)), USA ([VAERS](#)), EU ([EUDRA](#)), Großbritannien ([MHRA](#)). Darüber hinaus gibt es etliche Internetseiten mit Sammlungen von Fallberichten und Selbsthilfegruppen (z.B. [hier](#)). Eine ausführliche Auflistung von Nebenwirkungen und wie sie zu erklären sind, findet sich [hier](#) (deutsche Übersetzung [hier](#)).

Forscher, wie Prof. Sucharit Bhakdi, welche sich intensiv mit der Pharmakodynamik der mRNA-Impfstoffe befassten, haben Art und Ausmass der Nebenwirkungen treffsicher vorausgesehen (gute Darstellung [hier](#)). Prof. Bhakdi ist es auch jetzt wieder, welcher mit allem Nachdruck davor warnt, diese Impfstoffe aufzufrischen oder sie bei Kindern und Schwangeren anzuwenden.

In einer Analyse der israelischen Zahlen (Stand 08.04.2021) kommt der Autor zu einer «katastrophal» schlechten Kosten-Nutzen-Bilanz der Impfkampagne besonders für jüngere Menschen.

In einer anderen Daten-Auswertung kamen die Autoren zum Resultat, dass man, um 3 COVID-Todesfälle zu verhindern, 2 Impftodesfälle in Kauf nehmen muss.

Kinder und junge Menschen haben eine verbleibende Lebenserwartung von 55 bis 80 Jahren. Unbekannte schädliche Langzeitfolgen sind für Junge weitaus folgenreicher als für ältere Menschen. Bei Kindern gilt darum noch viel mehr «better save than sorry!»

In dieser Hinsicht ist die Häufung von Herzmuskelentzündungen (Myokarditis) nach COVID-19-Impfungen besonders besorgniserregend. In den USA wurden im Zeitraum vom 14.12.2020 bis 16.07.2021 allein bei den 12- bis 17-jährigen 397 Myokarditis-Fälle, sowie 14 Todesfälle gemeldet. Auch bei diesen Zahlen ist von einer sehr hohen Dunkelziffer («Underreporting») auszugehen. Eine Herzmuskelentzündung ist eine schwerwiegende Erkrankung. Das plötzlich gehäufte Auftreten dieser sehr seltenen Erkrankung in zeitlichem Zusammenhang mit den mRNA-Impfungen ist augenfällig. Dennoch winden sich die Behörden um ein klares Eingeständnis.

BAG im Wortlaut (Stand 03.09.2021): «Inzwischen gehen Swissmedic und auch Experten international davon aus, dass es sich um seltene unerwünschte Wirkungen handeln könnte, die in den meisten Fällen mild verlaufen.» [...] «Das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis der in der Schweiz eingesetzten mRNA Impfstoffe ist durch diese Verdachtsberichte derzeit nicht beeinflusst».

Swissmedic im Wortlaut (Stand 03.09.2021): «Swissmedic hat alle verfügbaren Daten überprüft und ist zu dem Schluss gekommen, dass zwischen COVID-19 mRNA Impfstoffen und Myokarditis und Perikarditis zumindest möglicherweise ein kausaler Zusammenhang bestehen könnte.» [...] «Der Nutzen der Impfung überwiegt auch weiterhin alle möglichen Risiken.»

Nach unserer Auffassung führt allein diese eine nicht ganz seltene Nebenwirkung nach einer Impfung zu einem negativen Nutzen-Risiko-Verhältnis vor allem bei Kindern und Jugendlichen.

Die Impfung ist für Kinder unter 12 Jahren in der Schweiz nicht zugelassen

BAG im Wortlaut (Stand 31.08.2021): «Die Impfung von Kindern unter 12 Jahren ist derzeit nicht vorgesehen. Es fehlen die entsprechenden Studiendaten für diese Altersgruppen. Die Impfstoffe von Pfizer/BioNTech und Moderna sind in der Schweiz für Kinder unter 12 Jahren noch nicht zugelassen.»

Das BAG empfiehlt allen Kindern ab 12 - 15 Jahren die Impfung, rät aber zu einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung

In der Schweiz sind mittlerweile zwei Impfstoffe für Jugendliche ab 12 Jahren befristet zugelassen und werden allen Kindern ab 12 Jahren in den aktuellen Empfehlungen vom BAG empfohlen.

Dazu das **BAG im Wortlaut (Stand 26.08.2021):** «Allen Jugendlichen im Alter von 12–15 Jahren wird die Impfung empfohlen, um sich selber gegen häufige milde und sehr seltene schwere Covid-19 Erkrankungen zu schützen, und um negative soziale und psychische Auswirkungen von indirekten individuellen und kollektiven Massnahmen (z. B. durch Isolation / Quarantäne), sowie die Folgen häufiger Exposition (z. B. in Schule / Freizeit) zu vermeiden.»

Für uns inkonsistent wirkend relativiert das BAG seine Empfehlungen in einem weiteren Absatz insofern, dass der *individuelle* Nutzen für das Kind entscheidend sein soll. «Die Jugendlichen sollen mit den Eltern oder einer anderen Vertrauensperson individuell abwägen, ob eine Impfung sinnvoll ist (Nutzen-Risiko-Analyse). Der individuelle Nutzen der Impfung sollte die Risiken überwiegen.»

Das BAG fordert Sie als Eltern also explizit auf, den *individuellen* Nutzen der Impfung für ihr Kind als Entscheidungskriterium zu wählen, und nicht den allgemeinen Nutzen für die Gesellschaft.

Demgegenüber erachtet die WHO (Stand 22.06.2021) das individuelle Risiko einer schweren Erkrankung für das Kind selbst für gering und teilt mit, dass es bei der Impfung von Kindern in erster Linie um den Nutzen für die Allgemeinheit gehe, nämlich darum, die *Übertragung* zu verringern. Dies könne aber auch durch andere Massnahmen erreicht werden (räumlicher Abstand zu anderen, häufiges Händewaschen, Niesen und Husten in die Ellenbeuge, Tragen einer Maske, wenn dies altersgerecht ist, Vermeiden von überfüllten, schlecht belüfteten Räumen).

Wir möchten Sie auf diese Widersprüche in den Begründungen hinweisen und auch daran erinnern, dass Kinder bei der Verbreitung von SARS-CoV2 bis jetzt *kaum eine Rolle* spielen. Wie die beschriebenen Beobachtungen in dem *vietnamesischen Spital* zeigen, könnte eine Impfung die Gefahr sogar erhöhen, dass Kinder zu unerkannten Überträgern werden, womit sich der Nutzen für die Allgemeinheit ins Gegenteil kehren würde.

Genauso wie das BAG finden auch wir, dass es Ihr gutes Recht als Eltern ist, eine rein *individuelle* Nutzen-Risiko-Analyse durchzuführen und sich nicht einem kollektiven Interessensdruck beugen zu müssen, welcher keine wissenschaftliche Grundlage hat. In den vorherigen Abschnitten finden sich viele Angaben zu Nutzen und Risiken der Impfstoffanwendung, welche aus unserer Sicht in ihrer Gesamtheit stark gegen eine Impfung von gesunden Kindern und Jugendlichen sprechen.

Das Recht zur individuellen Abwägung ihres Impfscheides macht Ihnen hoffentlich spätestens dann niemand mehr streitig, wenn sich alle Beteiligten folgenden Sachverhalt klar machen: Die COVID-19-Impfstoffhersteller haben mit den Länderregierungen Kaufverträge abgeschlossen, in welchen explizit festgelegt ist, dass die Hersteller aufgrund der *fehlenden Daten zur Impfstoffsicherheit* im Falle von Nebenwirkungen *jegliche Haftung für Ihr Produkt ablehnen* (Ziff. 8.1 – Ziff. 8.4). Die Käufer haben diese Argumentation der Pharmaunternehmen akzeptiert (siehe auch *hier* oder *hier*). Dieselben Regierungen erwarten jedoch nun von Ihnen als Eltern, dass Sie auf der Basis derselben fehlenden Datenlage trotzdem bereit sind, alle Konsequenzen zu tragen, von welchen Ihr Kind durch die Impfstoffanwendung betroffen sein könnte. In diesem Zusammenhang möchten wir auf ein *Sachverständigengutachten* zum Comirnaty® mRNA-Impfstoff Hinweisen, welches im Rahmen einer Klage beim Europäischen Gerichtshof eingereicht wurde (deutsche Version *hier*). Hier wird detailliert auf die Nutzen-Risiko-Analyse der mRNA-Impfung bei Kindern eingegangen.

Müssten Sie als Eltern nicht zumindest dasselbe Recht haben, wie die Impfstoffhersteller, einen solchen Deal für sich und Ihr Kind ablehnen zu können, ohne dass Sie dafür mit Schmähungen zu rechnen haben? In wessen Diensten steht eine Regierung, welche die Impfstofflieferanten beschützt und belohnt, ihre Bürgerinnen und Bürgern aber, welche dieselben Sicherheitsbedenken vorbringen, diskriminiert und ihnen Benachteiligungen auferlegt? Mit welcher Begründung darf Kindern im Rahmen der Impfbus-Aktion hinter dem Rücken ihrer Eltern nachgestellt werden, um sie zur Impfung zu locken?

Die Impfung in der Schwangerschaft wird von offizieller Seite nicht klar empfohlen

Für werdende Mütter geht es bei einer Infektionskrankheit oder einer Impfung um Risiken für sich selbst, aber auch um Risiken für das im Mutterleib heranwachsende Kind und sein späteres Leben. Bei COVID-19 ist aufgrund der kurzen Beobachtungszeiträume hierüber noch vieles unbekannt. Auf der Grundlage vorläufiger Studienergebnisse aus [China](#), [Frankreich](#) und den [USA](#) ist man anfänglich davon ausgegangen, dass schwangere Frauen im Vergleich zur Normalbevölkerung oder zu nicht schwangeren Frauen **keinem erhöhten Risiko** hinsichtlich Infektionsgefahr oder eines schweren Krankheitsverlaufs von COVID-19 ausgesetzt sind. Nachfolgende Studien ergaben jedoch Hinweise, dass bei einer COVID-Erkrankung im letzten Schwangerschaftsdrittel ein **etwas erhöhtes Risiko** vorliegen könnte für einen schwereren Verlauf im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung, insbesondere bei einem Alter über 35 Jahre oder Vorliegen von **Risikofaktoren** wie Übergewicht oder Bluthochdruck. Seit dem 05.08.2020 werden deswegen in der Schweiz schwangere Frauen zu den **besonders gefährdeten Personen** gezählt.

Die Sterblichkeitsrate von Müttern, welche in der Schwangerschaft an COVID-19 erkrankten, war in mehreren Studien 0.0 % ([hier](#) und [hier](#)). In einer anderen [Studie](#) mit 706 positiv getesteten Schwangeren aus 18 Ländern (auch Entwicklungs- und Schwellenländer) starben jedoch 1.6 % an Komplikationen, welche mit COVID-19 in Zusammenhang stehen könnten. Von einer Infektion der Mutter während der Schwangerschaft oder um den Geburtstermin herum, scheint das Neugeborene **keine bleibenden Nachteile** und insbesondere **kein erhöhtes Missgeburtenrisiko** davonzutragen.

Kann eine Impfung während der Schwangerschaft für dieses relativ kleine Risiko einen zusätzlichen Schutz bieten? Zurzeit werden die vorliegenden Daten systemisch aufgearbeitet. Ergebnisse dieser Analyse liegen noch nicht vor, wurden aber von der STIKO bis etwa [Mitte September](#) angekündigt. Nach unserer Beobachtung besteht derzeit in der Öffentlichkeit verbreitet die Meinung, die COVID-19-Impfung sei in der Schweiz offiziell für Schwangere nicht nur zugelassen, sondern auch **empfohlen**. Dies ist jedoch in der Schweiz und auch in [Deutschland](#) bis jetzt nicht der Fall (Stand 07.09.2021).

Das [BAG](#) schreibt zwar (Stand 07.09.2021): *«Die Covid-19 Impfung kann aufgrund der Einschätzung verschiedener internationaler Expertengruppen und der nun verfügbaren Daten zur Impfung in der Schwangerschaft allen impfwilligen schwangeren Frauen ermöglicht werden. [...] Die Impfung mit einem mRNA-Impfstoff ist insbesondere empfohlen für schwangere Frauen ab dem 2. Trimester mit chronischen Krankheiten, wie sie für besonders gefährdete Personen für Covid-19 definiert sind [...] sowie für schwangere Frauen mit einem erhöhten Expositionsrisiko für eine Covid-19 Erkrankung (beispielsweise Gesundheitspersonal).»*

Das [BAG](#) schreibt jedoch auch (Stand 07.09.2021): *«Es gibt noch nicht viele Daten zur Covid-19-Impfung in der Schwangerschaft. Wir empfehlen die generelle Impfung von schwangeren Frauen vorerst noch nicht (ausser in bestimmten Fällen).»*

Schwangere Frauen wurden von den Zulassungsstudien ausgeschlossen. Das COVID-Risiko ist bei gesunden Frauen im gebärfähigen Alter gering. Bisher wurde von der Anwendung nicht dringend notwendiger Medikamente und Impfungen in der Schwangerschaft kategorisch abgeraten. Für Schwangere gelten die generellen Sicherheitsbedenken in besonderer Weise. Die Risiken der Impfung, welche mit einem zeitweiligen Zirkulieren der Spikeproteine im mütterlichen Organismus einhergehen, konnten in der kurzen Untersuchungszeit noch nicht bestimmt werden. Spikeproteine können vermutlich in die Muttermilch und dadurch in den Säugling gelangen und dort **Schaden**

anrichten. Die sonst vorgeschriebenen Teratogenitätsstudien wurden vor den Notzulassungen der COVID-Impfstoffe nicht durchgeführt.

Die vorläufigen Resultate einer **neueren Studie** bei geimpften Schwangeren in den USA, werden in den **Medien** gerne so dargestellt, dass es keine Sicherheitsbedenken gibt. Dies ist jedoch eine Fehlinterpretation dieser vorläufigen Studienresultate (Darstellung der Gründe **hier**).

In den USA wurden bis zum 20.08.2021 **1'671 Fehlgeburten** gemeldet in Zusammenhang mit den COVID-19-Impfungen.

In der Schwangerschaft ohne Vorliegen einer Notsituation die Anwendung von Substanzen **zu fordern** oder sie gar **anzuwenden**, deren Sicherheitsrisiko für Mutter und Kind unbekannt sind, ist ein Tabubruch in der Medizin.

Long COVID / Long-COVID-Impfreaktion / Stress

Der Begriff «Long Covid» wurde von Patienten selbst ins Leben gerufen und bezeichnet einen Zustand von länger anhaltenden Symptomen wie Müdigkeit, Fatigue, Atemnot, Depressionen. Long COVID ist **kein klar abgrenzbares Krankheitsbild**. Es hat bis jetzt in unserer Praxis keine Bedeutung gewonnen.

Auffallend erscheint uns, dass in einer **israelischen Studie bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen**, welche trotz zweimaliger Impfung an COVID-19 erkrankten, aussergewöhnlich viele (19 %) einen langwierigen, long-covid-artigen Verlauf hatten. Impfung und Viruskontakt scheinen zu unerwarteten Folgeerscheinungen zu führen. Respekt vor unvorhergesehenen Auswirkungen unseres menschlichen Eingreifens in ein hochkomplexes biologisches System ist in jedem Fall angebracht (siehe hierzu auch **hier**, S. 6).

Im Internet finden sich viele Berichte (z.B. **hier**) von Geimpften mit ebenfalls sehr lange anhaltenden unspezifischen Symptomen nach der Impfung, wie Müdigkeit, Erschöpfung, Schmerzzustände, Schwindel, Tinnitus, Zittern, Gehstörungen, Sehstörungen, Wortfindungsstörungen, Gleichgewichtsstörungen..., - was man schon als **Long Haul Post-Vaccine Syndrome** bezeichnet hat (Samm lung von Fallberichten **hier**).

Bei chronischen Schmerzerkrankungen ist ein starker Zusammenhang zu chronischem Stress bekannt (siehe auch **hier**). Möglicherweise spielt chronischer Stress auch bei Long Covid, und beim Long Haul Post-Vaccine-Syndrome eine wesentliche Rolle.

Ohnehin spielen psychosoziale Aspekte eine sehr grosse, aber weithin ignorierte Rolle für die Funktion unseres Immunsystems. Die Forschungsergebnisse der sogenannten Psychoneuroimmunologie (PNI) legen nahe, dass Angst, Stress, Isolation, Einsamkeit starke Risikofaktoren sind für schwere Krankheitsverläufe auch bei COVID-19 (Einblick in dieses Forschungsgebiet siehe **hier**).

Unser Motto: An einer wissenschaftlichen Haltung festhalten und nicht an Überzeugungen festhalten, welche sich nicht bewahrheitet haben

Das Wissen der Wissenschaft verändert sich ständig. Es ergibt deswegen keinen Sinn, sich krampfhaft an vermeintlichen Tatsachen festhalten zu wollen, wenn Sie durch neues Wissen in Frage gestellt werden. So geht es uns auch bei der COVID-19-Impffrage nicht darum, einen Standpunkt zu verteidigen, sondern darum, eine Haltung zu verteidigen: die wissenschaftliche Haltung, vorläufiges Wissen durch neu hinzugekommene Erfahrungen in Frage stellen zu lassen und die ehrliche

Bereitschaft, seine Annahmen und seine Entscheidungen anzupassen, wenn es neue Erkenntnisse gibt.

Das **Genfer Gelöbnis** fordert sinngemäss von uns Ärzten, dass wir selbst unter Bedrohung zu dieser wissenschaftlichen Methodik stehen und dass wir nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten beitragen.

Unsere oberste schweizerische Gesundheitsbehörde empfiehlt, bei Kindern, welche 0.003 % Risiko haben, an COVID-19 zu versterben, kaum erprobte Impfstoffe anzuwenden, welche mit einer noch nie dagewesen hohen Komplikations- und Todesfallrate in Verbindung gebracht werden. Hier wird aus unserer Sicht die wissenschaftliche Haltung missachtet, und es besteht die Gefahr, dass wir Schaden anrichten und Menschenrechte verletzen, wenn wir diese Empfehlung befolgen.

Kinder sollen unkalkulierbare Gefahren auf sich nehmen, weil wir Erwachsenen verlernt haben, vernünftig mit Risiken und Angst umzugehen? – Das geht uns zu weit.

Die Darstellung der Fakten zu COVID-19 in den Medien ist oft sehr irreführend

In dem hier vorliegenden Text zeigen wir einige Beispiele auf, in welcher ausgeprägten Weise in den Medien Fakten zu COVID-19 falsch oder zumindest stark manipulativ dargestellt werden. Eine klare Tendenz wird deutlich, die Gefährlichkeit des Virus und die positive Wirkung der Impfungen zu übertreiben und davon abweichende Meinungen zu unterdrücken.

Youtube hat seit Februar 2020 eine Million Videos (Stand 26.08.2021) mit «gefährlichen» Coronavirus-Informationen gelöscht, in der Absicht das **Gute zu fördern und das Schlechte zu reduzieren**.

Auf vielen grossen Plattformen wird uns also das präsentiert oder vorenthalten, was Internetgiganten für gut oder schlecht finden und nicht notwendigerweise das, was unabhängige Wissenschaftler für richtig oder falsch halten.

Wir sollten diese neue Realität zur Kenntnis nehmen und nicht in bequemer Gutgläubigkeit verweilen, wie bereits vor Corona der **Fall Relotius** bewiesen hat. Eine Kompetenz, welche für uns als Mediennutzende immer wichtiger wird, ist das eigenständige Beurteilen von Medienberichten und Statistiken hinsichtlich ihrer Gültigkeit. Medien sind nicht nur sehr tendentiös geworden, immer wieder wird man auch verblüfft, wie **unkritisch** recherchiert wird und wie schlecht in den Medienhäusern interne Kontrollen funktionieren (Beispiel **hier**).

Solidaritätsüberlegungen

Wenn Sie auf einer Flussbrücke stehen, an dessen Geländer ein Rettungsring angebracht ist, und Sie sehen einen Ertrinkenden in den Wasserwogen treiben, dann wäre es unterlassene Hilfeleistung, wenn Sie ihm den Rettungsring nicht zuwerfen würden. Doch niemand würde verlangen, dass Sie zu seiner Rettung selbst ins Wasser springen und sich damit in grosse Gefahr begeben müssten. Ihre eigene Risiko-Hilfeleistungs-Abwägung würde von der Gesellschaft und der Rechtsprechung in diesem Fall anstandslos akzeptiert werden. Diese von Frau Prof. Dr. Ulrike Guérot in einem **Interview vom 23.07.2021** eingebrachte Überlegung (ab Min. 21:40), bietet aus unserer Sicht eine gute Hilfestellung, so auch beim Impfstoff das Spannungsfeld Solidarität-Verantwortung-Selbstgefahr zu analysieren. Sie sind moralisch und rechtlich nicht verpflichtet, für andere etwas zu tun, das Sie nach ihrer eigenen Einschätzung selbst in unkalkulierbare Gefahr bringen könnte.

Flüsse sind nützlich, man kann aber auch hineinfallen. Sie sind per se nicht dafür verantwortlich, dass andere in den Fluss fallen und nicht schwimmen können. Sie stossen auch niemanden absichtlich in den Fluss, wenn Sie am Alltagsleben teilnehmen. Natürlich sollen wir uns gegenseitig helfen, jeder nach seinen Möglichkeiten. Auch ist es sinnvoll, gemeinsam als Gesellschaft mit vernünftigem Aufwand besonders gefährliche Fluss-Stellen abzusichern. Vordringlich aber sollten wir uns alle damit befassen, schwimmtauglich zu bleiben, auch ohne künstliche Schwimmhilfe (Ausführungen zu diesem Thema auch [hier](#)).

Uns wird versprochen, dass jeder durch die Impfung einen wirksamen Schutz - quasi einen eingebauten Schwimmring – erhält. Wer durch die Impfung mit seinem eigenen Schwimmring versehen wurde, sollte also nicht darauf angewiesen sein, dass sich andere aus Solidarität auch einen Impf-Schwimmring verpassen lassen, wenn sie für sich die Gefahr des Ertrinkens sehr niedrig einschätzen. Was spricht dagegen, dass sie ihre eigenen Schwimmfähigkeiten nutzen und fördern möchten und sich durch einen Schwimmring hierdurch eher behindert als geschützt fühlen? Ist es wirklich die Aufgabe des Staates, uns von dieser persönlichen Einschätzung und Entscheidung zu entheben?

Viren, welche durch die Luft und die Bevölkerung zirkulieren und Menschen erkranken lassen, gehören untrennbar zum Leben. **Es ist unvermeidlich, dass wir Alle ständig unzählige Pilze, Bakterien und Viren ein- und ausatmen.** Sich und andere auf Dauer vor dieser gemeinsamen Atemwolke, in welcher sich auch Viren befinden, schützen zu wollen, bringt uns rein physikalisch rasch in Grenzbereiche unserer Möglichkeiten, selbst bei hoher Solidaritätsbereitschaft. Vielleicht kommt nach SARS-CoV2 ein neues Virus und noch eines, welches über **Aerosolwolken** übertragen werden kann. Warum gehören so viele Menschen zur Risikogruppe und sind durch ein Virus gefährdet? Wie können wir unser Risiko *noch* reduzieren, ohne dass wir uns in einen direkten «Kampf» gegen das jeweilige Virus verstricken oder immer teurere und riskantere technische Tricks (Masken, Trennwände, Luftfilteranlagen, Tests, Impfungen...) anwenden müssen?

Gemeinsam eine gute lebensfreundliche Qualität unserer Atmosphäre und eine gute Resilienz unserer Körper und Immunsysteme fördern, das wäre aus unserer Sicht eine vordringliche Aufgabe unserer Solidargemeinschaft in Hinblick auf eine nachhaltige gemeinsame Wohlfahrt, dem **Zweck unserer Verfassung** (Art. 2).

Einen Impfwang auszuüben ist unwissenschaftlich, rechtswidrig und unethisch

Ist uns eigentlich bewusst, was es bedeutet, wenn ein Redaktor öffentlich dazu aufrufen kann *«jeden erdenklichen Druck auf Impfverweigerer zu machen»* und wenn daraufhin keine Woge der Empörung durch das Land geht? – *«Jeder erdenkliche Druck»* bedeutet Bestrafung, Diskriminierung, Entmündigung, Enteignung, Institutionalisierung, Inhaftierung, Folter...: alles *Erdenkliche* ist erlaubt und gerechtfertigt. Ungeimpfte, also Menschen, welche sich nur durch *ein einziges Merkmal* von Ihren Mitbürgerinnen und Mitbürgern unterscheiden, werden **ohne jegliche wissenschaftliche Grundlage** als alleinige Sündenböcke für das Versagen der Pandemiepolitik dargestellt. Alle *erdenklichen* Mittel sind erlaubt, diese Sündenböcke in folgsame Schafe zu verwandeln oder anderweitig unschädlich zu machen.

Wo sind wir politisch in der demokratischen, freiheits- und vielfaltsliebenden Schweiz in kürzester Zeit gelandet? Wo sind wir in der Medizin gelandet, wenn wir ohne Not das Recht des Einzelnen aufheben, eine informierte Zustimmung zu medizinischen Eingriffen zu geben oder auch zu verweigern?

Die wissenschaftlichen Gründe für das sofortige Pausieren der derzeitigen globalen Impfkampagne werden immer triftiger (Auflistungen solcher Gründe finden sich z.B. [hier](#), [hier](#), [hier](#) oder [hier](#)). Auf der anderen Seite kennen wir keinen einzigen wissenschaftlichen Grund, welcher in der jetzigen Pandemiesituation die Ausübung eines direkten oder indirekten Impfzwangs rechtfertigen könnte. Wir bitten alle Lesenden, uns solche wissenschaftlich belegbaren Gründe für einen Impfzwang mitzuteilen. Wir bitten alle Lesenden, unabhängig von ihrer Haltung zur Impfthematik, sich bewusst zu werden, welche grundrechtbedrohende Wirkung die Pandemiepolitik selbst in der Schweiz - der Hochburg der Demokratie - in kürzester Zeit entwickelt hat. Wir bitten alle Lesenden, sich nicht in Meinungsverschiedenheiten zum Impfthema zu verschanzen, sondern sich jetzt vereint mit aller Kraft um die Erhaltung unserer Rechtsstaatlichkeit, unserer übergeordneten Menschenrechte und unserer Freiheit zu kümmern. Ein Dialog über diese Themen ist dringend notwendig.

COVID-Zertifikate sind unwissenschaftlich

Zertifikate haben das Ziel, schwere COVID-19-Erkrankungen zu verhindern. Zur Erreichung dieses Ziels wäre ein *falsch negatives* Zertifikat schlimmer als *kein* Zertifikat. Denn einen Schutz zu zertifizieren, welcher nicht vorhanden ist, würde den Besitzer in falscher Sicherheit wiegen. Nach unserer Beobachtung gibt das Attest «vollständig geimpft» dem Besitzer oft das Gefühl von «vollständig geschützt». Doch auch nach einer Impfung wird es so etwas wie «vollständig geschützt» bei sich rasch verändernden Viren, wozu SARS-CoV2 gehört, niemals geben können. Wir erinnern an die bereits in unserem früheren Impftext erwähnte simple Tatsache ([S. 21](#)), dass es einen hohen – und meist *unterschätzten* - Prozentsatz *nichtgeimpfter Immuner*, und einen hohen Prozentsatz *geimpfter Nichtimmuner* gibt. Immunität hat keine scharf gezogene Grenze. Damit verbietet sich aus unserer Sicht a priori die künstliche Erschaffung einer rechtlichen Trennlinie zwischen Geimpften und Nichtgeimpften. Die Natur tickt anders als unser kategorienliebender menschlicher Verstand es gerne zu sehen versucht. Aus Sicht der Natur ist Immunität gegen das Coronavirus kein *Zustand*, welchen man sich ein für alle Mal einimpfen und auf einem Zertifikat als Status festhalten kann. Immunität ist ein permanenter *Prozess* (siehe auch [hier](#), letzter Abschnitt). Naturwissenschaftlich verstanden ist ein COVID-Impfstatus im Nu veraltet und damit ungültig und somit sinnlos.

Wenn wir trotzdem auf ein menschengemachtes Zertifikatsystem bauen, ist das ähnlich, als ob wir wider besseren Wissens mit der Vorstellung arbeiten, dass die Erde stillsteht und die Sonne sich drumherum zu drehen hat. Wir versuchen, etwas auf Papier zu fixieren, was sich permanent bewegt, und erwarten insgeheim, dass uns die Natur gehorcht. Doch so egal, wie es vor 500 Jahren, zu Zeiten von Kopernikus, der Sonne war, so egal ist jetzt den Viren, ob das stimmt, was wir über sie denken. Die Konsequenzen unserer falschen Vorstellungen müssen schliesslich nicht von Ihnen, sondern von uns selbst getragen werden (weitere Ausführungen dieser Gedanken, siehe auch [hier](#))

COVID-Zertifikate sind schwer in Kraft zu halten

Derzeit (Stand 08.09.2021) ist die *Gültigkeit des COVID-Zertifikats* nach einer SARS-CoV-2-Infektion auf 180 Tage, diejenige nach vollständiger mRNA-Impfung aber auf 365 Tage festgelegt. Diese ungleich lange Dauer hielt die Swiss National COVID-19 Science Task Force aufgrund von Antikörper-titer-Studien so für wissenschaftlich vertretbar ([Bekanntmachung vom 25.06.2021](#)). Die Task Force betont in ihrem Bericht, wie schwierig es sich gestaltet, verlässliche Angaben machen zu können

über den jeweiligen Impfschutz bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Die Festlegung der Gültigkeitsdauer erfolgte schlussendlich unter Einbezug von Schätzungen, Extrapolationen und Erfahrungen mit anderen Impfstoffen. Eine solide Datenlage ist aber unerlässlich, wenn man mit den Zertifikaten die Verhütung schwerer COVID-19-Erkrankungen erreichen will. Es werden also intensive Forschungsanstrengungen notwendig bleiben.

In der gleichen Bekanntmachung schreibt die Task Force auch, dass der **Impfschutz kürzer** sein wird als erwartet, sollten Virusvarianten wie Delta dominant werden. Denn zum Schutz hiervor sei ein fünfmal höherer Antikörperspiegel erforderlich. Da **Delta nun für fast 100 % der Infektionen verantwortlich** ist, muss wohl die Zertifikatdauer für Geimpfte zurückgestuft und für deren Erneuerung eine Booster-Impfung verlangt werden, wie dies in Israel und den USA schon Realität ist.

Es gibt keine Studien darüber, was passiert, wenn man eine dritte Impfung durchführt. Diese dritte Dosis wird nun wirklich vollends zu einem Schuss ins Dunkle. Erste Beobachtungen aus Israel zeigen, dass **schwerere Reaktion** als bei der zweiten Dosis vorkommen und dass auch nach der 3. Impfdosis COVID-Erkrankungen auftreten.

Die Impfzertifikat-Strategie wird immer vertrackter. Viele US-Staaten haben **COVID-Impfpässe von vornherein verboten**. In anderen Ländern, welche das Impfzertifikat zunächst eingeführt haben, wird deren Weiterführung nun in Frage gestellt.

COVID-19-Zertifikate führen weg von Menschlichkeit und Solidarität

Zertifikate, Eindämmungsmassnahmen, Impfkampagnen begünstigen eine Gesellschaftsentwicklung hin zu mehr Staatseinfluss, Zentralisierung, Digitalisierung, Kontrolle, Regulierung, Entdemokratisierung und Entsolidarisierung. Sie führen weg von individueller Freiheit, Verantwortung und Einflussnahme. Die Gefahr von Machtmissbrauch und Unwissenschaftlichkeit steigt.

Wir bitten jeden Lesenden, seine eigenen Beobachtungen der vergangenen 20 Monate zu rekapitulieren. Wie viele der geäusserten Befürchtungen sind eingetroffen? Wie viele der Versprechungen konnten eingehalten werden? Wie passen Worte und Taten zusammen? Wie passen Meinungen, Erwartungen, Hoffnungen und tatsächliche Entwicklungen zusammen? Auf was *können* wir uns mehr verlassen, auf Worte oder auf Taten? Und auf was *neigen* wir, mehr zu vertrauen: auf gutgläubige Erwartungen oder auf nüchterne Fakten? Wie vieles wird uns in immer kürzerer Zeitabfolge von den Regierungen vorgeschrieben? Wie viel hat uns dies gekostet? Wie viel hat es uns genützt? Welche hohen Werte, wie Menschenwürde und Schutz der Vielfalt in der Einheit, haben wir zurückgestuft? Wollen wir diese Entwicklung in Richtung totalitäre Strukturen einfach so geschehen lassen? Wenn Ungeimpfte bald selber aufkommen müssen für **Tests** oder gar **Behandlungskosten**, dann steht dahinter die Vorstellung, dass diese Menschen eigenmächtig ein gesundheitliches Risiko wählen, welches durch eine Impfung vermeidbar wäre. «*Deswegen*», so die Logik, «*hat die Gesellschaft nicht länger aufzukommen für die Kosten dieser Fehlentscheidung. Schliesslich sind diese Impfverweigerer ja selber schuld, wenn sie krank werden. Dann sollen sie die Suppe auch selber auslöffeln, die sie sich eingebrockt haben. Für fahrlässig verschuldete Schwierigkeiten muss die Allgemeinheit keine Hilfe leisten.*»

Abgesehen davon, dass die Kosten-Nutzen-Bilanz der COVID-19-Impfung bei laufendem Experiment noch völlig offen ist, weil wir die tatsächliche Schutzwirkung und das Nebenwirkungsausmass noch lange nicht kennen: Wohin führt uns dieser Denkweg *grundsätzlich*, sobald wir uns auf ihn einlassen?

Was ist ab jetzt mit den Rauchenden? Schliesslich setzt sich ein Rauchender klar einem gesundheitlichen Risiko aus, für das wir als Gesellschaft dann auch nicht mehr aufkommen müssen. Was ist mit den Übergewichtigen, welche in riskanter Weise zu viele Kalorien aufnehmen? Was ist mit denen, die sich gefährlich viel Arbeit aufladen und stresskrank werden? Was ist mit den Bewegungsmuffeln, welche durch Bewegungsmangel ihre Gesundheit gefährden? Und was ist auf der anderen Seite mit denen, welche eine risikoreiche Sportart, wie Fussballspielen, Biken oder gar Gebirgstouren oder Skifahren wählen? Wie diskriminierend wäre es, wenn wir auf die eine Gruppe, z.B. die Mountainbiker, Druck ausüben würden, nicht aber auf eine andere Gruppe, sagen wir die Wintersportler? Wie diskriminierend, unrecht und unethisch ist es, wenn wir auf die **unerwiesene** Risikogruppe der COVID-Ungeimpften, *jeden erdenklichen Druck ausüben*, nicht aber auf eine **erwiesene** Risikogruppe wie z.B. die der Rauchenden (ab Min 36:21)?

Wollen wir zu einer Gesellschaft werden, welche sich immer weiter in diese Spaltungen und Regulierungen hineinarbeitet, oder wollen wir zusammen an der Gestaltung einer Lebenswelt mitwirken, in welcher all diese Gesundheitsrisiken wieder zweitrangig und selbstregulierend werden?

Der jetzige Konfliktfall zwingt uns dazu, uns daran zu **erinnern** oder die Frage neu zu stellen, in welcher hierarchischen Reihenfolge wir unsere Grundwerte anordnen wollen. Bis anhin hiessen unsere obersten Grundwerte Menschenwürde, nachhaltige gemeinsame Wohlfahrt, Freiheit, Zusammenhalt, Entfaltungsermöglichung und Vielfalt in der Einheit (siehe auch **hier**, 4. Abschnitt).

Es sieht ganz danach aus, dass wir nun allen Ernstes das Ziel *«Vermeidung eines kleinen Sterberisikos durch eine Viruserkrankung»* dieser bewährten Liste übergeordnet haben.

Wollen wir dies stillschweigend hinnehmen? Aus unserer Sicht ist zuerst eine tiefgehende, ehrliche und offene Diskussion angebracht über die Sinnhaftigkeit dieser weitreichenden Entscheidung.

Soll ich mich und meine Kinder impfen lassen? Selbstverständlich respektieren wir unterschiedslos jegliche Impfentscheidung unserer Patientinnen und Patienten. Wir legen keine Bedeutung auf Kategorisierungen. Menschen, mit all ihren individuellen Besonderheiten und Ansichten zu jeglichem Thema sind bei uns willkommen und werden von uns wertschätzend und gleichwertig medizinisch betreut.

Völlig unabhängig von jeglicher Impfentscheidung wünschen wir uns
Achtsamkeit im Umgang mit unseren Grundwerten und eine offene Diskussion