

# Das Paradox der Corona-Impftoten

## Opfer einer unprofessionellen Impftreibjagd?

*von Professor Dr. Arne Burkhardt, Pathologe*

Schwere Impfnebenwirkungen und sogar Todesfälle nach Impfung sind grundsätzlich bei allen konventionellen Impfungen möglich und bekannt; sie werden in Korrelation zum Risiko einer Erkrankung gesetzt und in Kauf genommen. Bei den neuartigen, teils vektor-, teils genbasierten Impfungen gegen das Coronavirus sind die Zahlen der schwerwiegenden Nebenwirkungen (d.h. solcher mit notwendigem Krankenhausaufenthalt) und Todesfälle in Ermangelung einer systematischen oder kontrollierten Erfassung unbekannt. Steve Kirsch (externer Berater der Federal Drug Administration der USA) schätzt aufgrund der bei weitem nicht vollständigen Dokumentation der VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) die Zahl der Impftoten bei SARS-CoV2-Impfungen auf 2000 bis 4000fach höher als bei konventionellen Impfungen. Auf Deutschland umgerechnet kann man von dieser Schätzung ausgehend auf 20.000 bis 40.000 Impftote bei 53 Mio. Geimpften kommen. Man mag beanstanden, dass diese Zahlen nur Schätzungen sind, aber das waren auch die Prognosen von Millionen Toten durch das Corona-Virus im März 2020.

In Taiwan wurden 865 Todesfälle nach Vakzination und 845 Todesfälle nach Corona-Infektion registriert (China Focus, Oktober 13, 2021).

Das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlichte im August einen Sicherheitsbericht, wonach 43 Mio. Menschen in Deutschland vollständig geimpft waren. 1.254 Verdachtsfälle von tödlichen Nebenwirkungen meldeten Ärzte und Angehörige, in lediglich 48 dieser Verdachtsfälle hält das Institut einen ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung für möglich oder wahrscheinlich, darunter 31 Fälle mit Thrombosen. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Gesamtzahl der, dem PEI gemeldeten Nebenwirkungen ziemlich genau der Zahl entspricht, die in den Niederlanden der dortigen nationalen Behörde gemeldet wurde, obwohl in Deutschland 82 Millionen Menschen leben, in den Niederlanden nur ca. 17 Millionen.

Man muss aus verschiedenen Gründen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen:

- Die impfenden (Haus-) Ärzte haben keine Motivation zur Meldung von Komplikationen, welche ja einen gewissen administrativen Aufwand bedeutet.

Poets, Universität Tübingen, sagt zur Zuverlässigkeit von ärztlichen Meldungen: „Ärzte neigen zur Angabe einer eindeutigen Todesursache, selbst wenn es bei kritischer Betrachtung vielleicht keine eindeutige Ursache gibt“ (Deutsches Ärzteblatt vom 20. 11. 2020, A 295).

Weiterhin gilt auch hier, dass „die subjektiv empfundene Wahrheit von Parteien auseinander geht, ohne dass der Nachweis geführt werden kann das von einer Partei unwahr vorgetragen wird“ (Staatsanwaltschaft Tübingen 26 Js 13119/16).

- Die Angehörigen, die oft unter häuslichem Dissens zur Impfung drängten, sind verständlicherweise „psychisch“ blockiert, einen Fehler einzugestehen.
- Bei Dissens lassen sich viele heimlich impfen, so dass ein Zusammenhang nicht erkannt werden kann.

Man schätzt hier eine Dunkelziffer von bis zu 90% von nicht gemeldeten möglichen Zusammenhängen. Die massive fehlende Zuverlässigkeit einer an sich verpflichtenden Meldepflicht von Ärzten zeigt sich auch bei anderen Meldungen von Ärzten, wenn dies einen unbezahlten Aufwand bedeutet, ohne Vorteil für den Arzt oder den Patient ist und sich das Ganze noch dazu in einem gesellschaftlichen Tabubereich abspielt. Siehe z.B. die Meldepflicht für sexuell übertragbare Infektionen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bis zum Jahr 2000 waren einige dieser Infektionen durch den behandelnden Arzt anonymisiert an das zuständige Gesundheitsamt zu melden (GeschlkrG). Zur Syphilis meinte das zuständige Robert-Koch Institut es „muss mit einer nicht genau bekannten, aber nicht unbeträchtlichen Dunkelziffer nicht gemeldeter Syphilisinfektionen gerade aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte gerechnet werden. Es wird angenommen, dass 30–50% der tatsächlichen Erkrankungen nicht zur Meldung kamen.“

O. Hamouda , U. Marcus, Syphilis auf dem Vormarsch - Neues Meldeverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz, Der Hautarzt 2005, Volume 56, Issue 2, pp 124-132

Und bezüglich der sexuell übertragbaren Infektionen insgesamt: „Der Meldepflicht nach dem (alten Gesetz) GeschlkrG wurde seit längerem nur in geringem Umfang Folge geleistet. Bei der Bewertung dieser Meldedaten muss mit einer Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle in einer Größenordnung von etwa 90% gerechnet werden.“ „Meldungen durch niedergelassene Ärzte, die die Mehrzahl der Patienten betreuen, dürften dagegen nur sporadisch erfolgt sein.

Schließlich können Verdachtsfälle methodisch bedingt, auch mit der gängigen Obduktion in der Gerichtsmedizin und Pathologie nur in einem kleinen Prozentsatz zweifelsfrei geklärt werden. Gerichtsmedizinische Obduktionen beschränken sich zudem in der Regel auf makroskopische Befunderhebung (ohne histologische Untersuchung) und Freigabe durch die Staatsanwaltschaft. Hierdurch werden nur makroskopisch auffällige Befunde als mögliche Impffolgen registriert – daher der hohe Prozentsatz von Thrombosen in den Fällen des Paul-Ehrlich-Institutes.

Burkhardt und Lang (2021) haben bei der Nachuntersuchung von 10 Fällen, die auf diesem Wege „freigegeben“ waren, in der Pathologie oder in der Rechtsmedizin asservierte Organproben nachuntersucht und in 7 der 10 Fälle einen wahrscheinlichen Zusammenhang des Todeseintritts mit der vorangegangenen Impfung konstatiert. Hierbei handelte es sich um makroskopisch kaum erkennbare Veränderungen, vor allen Dingen um Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis), die makroskopisch leicht mit Herzinfarkten verwechselt werden. Daneben fanden sich Hyperimmunreaktionen (Lymphozyten-Amok). Nur in 2 Fällen lagen auch makroskopisch erkannte thrombotische Veränderungen vor. Ein für die Pathogenese wichtiger Befund waren geschwollene und abgelösten Endothelzellen in Blutgefäßen, ein Befund, der allein mit Autolyse nicht erklärbar ist.

Schirmacher (dpa 02.08.2021) schätzt bei den an den Universitätskliniken Heidelberg üblichen Obduktionen gemeinsam von Rechtsmedizinern und Pathologen sowie obligaten histologischen Untersuchungen bei über 40 Verstorbenen nach Impfung, in 30 bis 40 % einen Zusammenhang zwischen Impfung und Tod.

Diese Zahlen allein machen es dringlich erforderlich, alle Impfmodalitäten kritisch zu betrachten. Dabei stößt man auf paradoxe Umstände, die so bei anderen Impfungen nicht beobachtet wurden bzw. werden.

---

Die Meldedaten spiegeln daher kein repräsentatives Abbild der tatsächlichen Erkrankungsfälle, sondern nur einen selektierten Ausschnitt aus dem Morbiditätsgeschehen wider.“

Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 38, 2001

1. Der übergroßen Mehrheit der Personen, die keine oder impfübliche Nebenwirkungen zeigten (d.h. die Impfung gut vertragen wurde), steht eine kleine, aber bedeutende Gruppe mit schwersten und unter Umständen tödlichen Nebenwirkungen gegenüber.  
Zwar sind biologische Reaktionen (wie z.B. bei Vergiftungen) sehr stark individuell variabel, aber auch unter diesen Aspekten ist das fast „alles oder nichts“ bzw. hier „nichts oder alles“ Verhalten mit einer biologischen Streuung kaum erklärbar.
2. Es treten klare „Hot Spots“ mit deutlich erhöhten Komplikations- und Sterberaten auf. Dies betrifft sowohl die regionale Verteilung als auch die Zuordnung zum Berufs-/sozialen Umfeld:
  - In verschiedenen Altersheimen sind offenbar randomisiert und nach Impfung gehäuft Todesfälle registriert worden.
  - Bei sonst gesunden jungen Menschen sind es vor allen Dingen muskulöse Menschen, die betroffen sind, in mehreren bekannten Fällen aktive Betreiber von Fitness-Studios mit großer Muskelmasse.

Dem gegenüber ist die Komplikationsrate bei Geimpften der Bundeswehr offenbar nahezu null und bei in Arztpraxen Geimpften sehr niedrig. Diese Paradoxa sind so krass und so offenkundig, dass sie auch in der Öffentlichkeit registriert wurden und zu abstrusesten Verschwörungstheorien Anlass gaben. Etwa die Theorie, man verteile mit den echten Impfdosen Placebos, um die „beabsichtigte“ Sterberate zur Bevölkerungsreduktion zunächst niedrig zu halten und zeitlich zu strecken und so vor der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit zu vertuschen, die Überlebenden würden in der 3. oder 4. Impfwelle erfasst; die Bundeswehr habe a priori nur Placebos erhalten und Ähnliches.

Um zu einer möglichen Erklärung zu kommen, muss man das Impfprozedere, besonders am Anfang der Impfkampagne (bevor diese teilweise an niedergelassene Ärzte übertragen wurde) näher analysieren. Aus verschiedenen Berichten betroffener und hier tätiger Personen ergibt sich (natürlich bei lokal unterschiedlicher Ausprägung und Variation):

- In „Impfstraßen“ wurde die Impfung zum Teil an im Auto sitzende Personen mit heraufgekrempeelten Ärmeln gegeben, die Aufklärung erfolgte über Videos, der Arzt war nur kurz zur abschließenden Unterschrift zugegen. Die Injektion selber wurde von angelernten Personen, oft Studenten, verabreicht. Die Vergütung erfolgte zum Teil anhand der Fallzahlen, also im Akkord.

- In Altersheimen fielen mobile „Impftrupps“ geradezu ein, mit ähnlichem Prozedere und oft mit fragwürdiger Einwilligung bei dementen und schwerkranken Personen.
- Impfbusse an Schulen oder anderen Einrichtungen verfahren nach ähnlichem Prozedere.

Im Deutschen Ärzteblatt (Jg.118,Heft 39) berichtet ein Impfarzt, er habe für die Aufklärung ein Zeitfenster von 3 Minuten gehabt und er habe in 7 Stunden am Stück 250 Personen impfen müssen – d.h. pro Person weniger als 2 Minuten für Begrüßung, Aufklärung, Impfung, Dokumentation und Verabschiedung. Er hält dies moralisch, juristisch und medizinisch nicht für vertretbar.

Auffällig war bei Analyse von mehreren hundert Fernsehberichten und Videos Folgendes:

Die Injektion bei Werbespots oder Berichten erfolgte mit Einstich bei Blick in die Kamera und Abdrücken der Spritze. Es wurde auf eine Aspiration nach Einstich verzichtet. Aspiration bedeutet, dass man nach dem Einstich der Nadel den Kolben der Spritze zurückzieht, um zu prüfen, ob ein Blutgefäß getroffen wurde. In diesem Falle erscheint Blut in der Spritze und ein neuer Einstich ist nötig oder eine andere Spritzenpositionierung muss gesucht werden.

Dieses Prozedere – Intramuskuläre-Injektion nur mit Aspiration – war (und ist) für Ärzte und ärztliches Personal seit jeher absolute Verpflichtung und entspricht dem Grundsatz: „primum non nocere“, jeden denkbaren Schaden zu vermeiden.

Im Übrigen gehört auch ein Abtasten und Fixieren des Muskels vor der Injektion zum Prozedere. Mit vollkommenem Unverständnis, ja geradezu mit Abscheu musste man zur Kenntnis nehmen, dass diese Goldene Regel, die von jedem Arzt schon reflexartig geübt wird, von der Ständigen Impfkommission STIKO, offenbar in Übereinstimmung mit Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Center for Disease Control and Prevention (CDC der USA) im Jahre 2016 abempfohlen wurde, (<https://www.rki.de/DE/content/infekt/impfen/Stichwortliste/A/Aspiration/html>):

„In den letzten Jahren sind international mehrere evidenzbasierte Empfehlungen für schmerz- und stressreduziertes Impfen publiziert worden, die Hinweise zu bestimmten Injektionstechniken, altersabhängigen Ablenkungsmethoden und anderen Verhaltensweisen beinhalten. Die STIKO hat diese Hinweise aufgegriffen und 2016 erstmals Hinweise zur Schmerz- und

Stressreduktion beim Impfen in ihre Empfehlungen mit aufgenommen. Die STIKO weist darauf hin, dass eine Aspiration vor der Injektion nicht notwendig ist und bei intramuskulären Injektionen vermieden werden soll, um Schmerzen zu reduzieren. Die Blutgefäße an den Körperstellen, die für die Injektion von Impfstoffen empfohlen sind (musculus vastus lateralis oder musculus deltoideus) und in Reichweite der Nadel liegen, sind zu klein, um eine versehentliche intravenöse Gabe zu ermöglichen. Berichte über Verletzungen von Patienten auf Grund unterlassener Aspiration gibt es nicht.“

Wissenschaftlich betrachtet, ergeben sich hierzu eine Reihe von Fragen, insbesondere wie man die genannten Empfehlungen „evidenzbasiert“ geben kann. Diese könnten zum Beispiel mit folgendem Vorgehen beantwortet werden:

1. Eine Versuchsgruppe mit durch Aspiration gesicherter intramuskulärer Injektion, im Vergleich mit Gruppen mit intravenöser, intraarterieller oder Lymphgefäßinjektion ?
2. Man injiziert 1000mal i.m. ohne Aspiration und prüft, wie oft man ein Gefäß trifft, z.B. durch radioaktiv markierten Stoffen und Dokumentation von deren Verteilung im Körper.

Es geht hier nicht um lokale Verletzungen sondern um verzögerte Folgen oder Langzeitwirkungen durch das injizierte Medikament/Impfstoffe, die wohl kaum in diesen Studien erfasst wurden.

Im Ausland hat der Autor einen Arzt kennengelernt, der intragluteale Injektionen „als Komfort“ durch die anbehaltene Hose verabreichte, hohe Akzeptanz betonte und Komplikationen verneinte.

Hier stellt sich die Frage, wie weit man ärztliche Vorsichtsmaßnahmen dem Wunsch zur Akzeptanz von Impfungen opfern darf.

Die genannten Hinweise der STIKO beinhalten ausschließlich nicht oder grenzwertig ärztliche Aspekte:

3. Ablenkungsmethoden
4. Andere Verhaltensweise (Bratwurst?)
5. Stressreduktion
6. Schmerzreduktion

Der Anblick von Blut und erneutem Stechen sind sicher ärgerlich, aber einer Impfkomplication vorzuziehen. Interessanterweise wurde Anfang Oktober 2021 in einem Video der WHO zur Malaria-Impfung in Afrika die Impfung eines

Kindes gezeigt, wobei fast ostentativ eine Aspiration vor der Impfung gezeigt wurde. (Tagesschau ARD 19.10.2021).

Die Formulierung der STIKO „die für die Injektion von Impfstoffen empfohlenen **Körperstellen**“ (mit den Zielmuskeln in Klammern!) ist verräterisch, denn tatsächlich sieht man ja den Muskel nicht (man kann ihn nur tasten), sondern man injiziert eben in eine „Körperstelle“. Den Muskel trifft man bei Durchschnittsimpfungen und normalen anatomischen Verhältnissen (Kinder, Erwachsene wegen Reiseimpfung etc.) zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit, aber bei besonderen Verhältnissen nicht mit absoluter Sicherheit. Bei alten, kachektischen, bettlägerigen Personen in Altersheimen, die sprichwörtlich aus „Haut und Knochen“ bestehen, ist das Treffen des Muskels nicht sicher gegeben.

Hier liegen an der „Körperstelle“ wenige atrophe Muskelfasern, Interstitium mit Fettgewebe, Bindegewebe und eben – Gefäße. Hier ist die Reichweite der Nadel absolut im Bereich der Blutgefäße und sogar bis zum Knochen. Den angelernten Injektionsgehilfen dürfte dies nicht vermittelbar sein, Ärzte kennen diese Verhältnisse vom Sektionskurs bzw. von der Obduktion während der klinischen Ausbildung.

Auch ist das Argument von der „Kleinheit der Gefäße“, die für die Nadel nicht eingängig sein sollen, ist nicht griffig und trifft wiederum nur für den Normalkörper zu.

Einerseits werden die „kleinen Gefäße“ beim Stich aufgerissen und zumindest kleine Substratanteile (Nano-/Mikropartikel) werden über das dann erweiterte Interstitium („interstitial pathway“) in Lymphgefäße und Venolen geleitet. Die Injektion geht immer mit Ödem und Mikroblutungen einher. Untersuchungen hierzu fehlen offenbar.

Eine zweite Risikogruppe sind die „Fitness- Muskelpakete“, die wegen des hohen Sauerstoffbedarfs der Muskulatur auch eine entsprechende erhöhte Gefäßversorgung mit dann auch weitlumigeren Gefäßen aufweisen. Hier finden sich durchaus nadelgängige Gefäße.

In der zitierten Untersuchung von Burkhardt und Lang fanden sich unter den 10 obduzierten und nachuntersuchten Fällen fast in allen Fällen Lungenveränderungen (die Lunge ist die entscheidende Filterstation für über Venen oder Lymphgefäße herangetragene Stoffe) und ein Fall, bei dem Verdacht auf eine Mikro- Fremdkörper-Embolie der Lunge besteht; dies bei

einer alten Frau mit Impfung durch Moderna Impfstoff, bei dem es bekanntlich zu Mikro-Edelstahl-Verunreinigungen gekommen ist, weshalb in Japan Millionen Impfchargen blockiert wurden.

Es ergeben sich unwägbar und unter Umständen tödliche Risiken eines millionenfachen Einsatzes einer neuen, auf gentherapeutischer Grundlage wirkender Therapie („Impfung“) mit dazu noch hochbedenklicher, fehlerbehafteter und mit ärztlichem Handeln unvereinbarer Impfstrategie und -praxis.

Es ist vollkommen unklar, ob die Hauptgefahr im Impfstoff selber (z.B. Spike-Protein), in Verunreinigungen desselben, in Booster-Adjuvantien oder der unqualifizierten „Impfung“ liegt.

Man kommt zu dem Schluss, dass der größte Verstoß gegen die ärztliche und politische Verantwortung und Moral darin liegt, dass dieses menschliche Großexperiment nicht sauber und in allen Einzelheiten nachvollziehbar dokumentiert wurde und nicht mit einem auch nur halbwegs funktionierenden Nebenwirkungs-Todesfall-/Meldesystem von vornherein auf die Schiene gesetzt wurde.

Dieses System müsste zumindest vergleichbar mit dem in den USA praktizierten allerdings auch unzulänglichen Meldesystem (Vaccine Adverse Event Reporting System VAERS) sein. Auch hier geht man von einer erheblichen Unterschätzung der Nebenwirkungen bei Spontanmeldungen aus.

Bei im Vergleich so banalen Eingriffen in den menschlichen Körper wie der inzwischen zur Routine gewordene Hüftgelenkprothetik mit nur noch minimalen Komplikationen, führt man bis heute ein freiwilliges Meldesystem und -register, um eine Qualitätskontrolle zu gewährleisten, Schwachpunkte der Behandlung aufzudecken und so Verbesserungen zu gewährleisten.

Bei der Corona-Epidemie betreibt man einen Riesenaufwand bei Kontaktverfolgung und Testung mit durchaus fragwürdigem Sinn. Bezüglich der Corona-Impfung kennt man nicht einmal die genaue Zahl der Impfungen in Deutschland. Es müsste ohne weiteres möglich sein – und hätte natürlich von Anfang an geplant werden müssen – ein umfassendes Register mit aktiver Verfolgung der Geimpften zu implementieren. Selbst ein auf freiwilliger Basis angebotenes System wäre besser als der derzeitige Blindflug. Registriert werden müssten nach derzeitigem Kenntnisstand beispielhaft:

Patient: Alter, Geschlecht, auffällige Grundkrankheiten

(z.B. Maligne Tumoren, Diabetes mellitus, Adipositas,  
Multiple Sklerose, Demenz)

Grober Gesundheitszustand: gesund, eingeschränkt, bettlägerig

Impfstoffcharge

Datum der 1. und 2. Impfung

Impfmodalität:

- Impfzentrum
- mobiles Team
- Arztpraxis

Aufklärungsarzt/ Aufklärungsart/Aufklärungsassistent

Impfende Person, d.h. die Person, die die Impfung tatsächlich durchführt (Arzt, Assistent, in beiden Fällen Altersangabe)

Impftechnik (Aspiration ja/nein)

Technische Details (z.B. Nadelgröße etc.)

Adresse/Telefon/Kontakt zur Verlaufskontrolle in 6 Wochen / 6 Monaten

- lebt
- „übliche“ Nebenwirkungen
- schwere Nebenwirkungen (ab Krankenhausaufenthalt)
- Tod

Obduktion durch Rechtsmediziner/ Pathologen und mit/ohne histologischer Untersuchung

So wäre eine seriöse Auswertung mit Verbesserungsmöglichkeiten in einer die ganze Menschheit bewegenden Bedrohung möglich.

Denkbares Ergebnis wäre, dass schwere Impfnebenwirkungen bei in Arztpraxen und von älteren Ärzten geimpften Personen seltener sind. Die niedrige Komplikationsrate bei Bundeswehrgeimpften könnte darauf zurückzuführen sein, dass hier durchweg von Truppenärzten geimpft wird.

***Die Corona-Epidemie kam unvorhergesehen, die Impfoption war über Monate vorhersehbar, bei der Erfassung von Impfnebenwirkungen hätte man einen Vorlauf gehabt und es besser machen können.***

Ein Zusammenhang zwischen einer fehlerhaften Impftechnik und schweren Nebenwirkungen wurde auch von anderen postuliert:

([https://uncutnews.ch/covid-impfstoffe-werden-falsch-verabreicht-sagt-experte/Oktober7,2021](https://uncutnews.ch/covid-impfstoffe-werden-falsch-verabreicht-sagt-experte/Okttober7,2021))

John Campbell stellt fest: „Die Injektion des Impfstoffes in ein Blutgefäß oder intravenös kann ernsthafte Herzprobleme verursachen... Eine versehentlich intravenöse Injektion der Covid-19 mRNA-Impfstoffe kann eine Myoperikarditis auslösen“ und er bezieht sich auf einen Artikel im Oxford University Press Clinical Infectious Diseases Journal (August 2021). Er zitiert eine Stellungnahme des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung: „Eine sichere intramuskuläre Injektion mit Aspiration könnte eine mögliche Präventionsmaßnahme von Impfnebenwirkungen sein.“

## **Zusammenfassung, Langzeitfolgen und Ausblick**

Schwere und tödliche Nebenwirkungen bei Corona-Impfungen könnten auf eine Impftechnik mit Verzicht auf eine Aspiration vor der Injektion zurückzuführen sein. Die intravasale Injektion führt zu einer sofortigen Anflutung des Impfstoffes und der Begleitstoffe in den gesamten Organismus und damit zu höheren Konzentrationen auch außerhalb der Impfstelle, wodurch insbesondere eine Epi-Myokarditis ausgelöst werden könnte. Es muss offenbleiben, ob oder wie weit bei korrekter Applikation diese zeitnahen Impfwischenfälle vermieden werden können.

In Anbetracht der Brisanz und der ohne nennenswerten Aufwand möglichen Injektionen mit vorangegangener Aspiration, erscheint die derzeitige Praxis unverantwortlich.

Unklar ist, ob durch die Anflutung höherer Konzentrationen von Impfstoffkomponenten die schweren Effekte lediglich zeitlich früher und heftiger auftreten oder ob sie ganz vermieden werden können.

Somit ist eine Aussage, ob ***Impfspätfolgen*** durch eine bessere Impftechnik ebenfalls vermieden werden und wie weit diese überhaupt zu erwarten sind, denknotwendigerweise nicht möglich, auch wenn einige „Experten“ nicht sehen, „was bleibende Spuren im Körper hinterlassen könnte, außer der gewollten Abwehrreaktion“(Manuel Battegay/Universität Basel).

Aktuell schlägt die mit Zweifeln wegen fehlenden Langzeitstudien begründete Impfverweigerung durch den Fußballer Josua Kimmich hohe Wellen:

„Impfnebenwirkungen sofort oder nie – Coronaimpfung ohne Langzeitfolgen“

Thomas Merten, Vorsitzender der Impfkommision STIKO spricht dem „Fachmann für Fußball“ eine Expertise für Impfstoffen ab, dieser handele aufgrund von „Pseudowissen“. **Zweifel** sind aber das Gegenteil von Wissen, weshalb es sich hier auch weder um Wissen noch um Pseudowissen handeln kann. Eher kann ein „Konsens der Wissenschaft“ ohne Zweifel Pseudowissen darstellen: „In der Wissenschaft sei man sich einig, dass spät auftretende Nebenwirkungen nach einer Impfung *nicht vorkommen*, bzw. eine extrem seltene Rarität bei einzelnen Impfstoffen gewesen sei“. Das angebliche „Nichtvorkommen“ ist somit eine pseudologische Formulierung.

Die Seltenheit von registrierten Spätfolgen von Impfungen ist wohl der Tatsache geschuldet, dass je länger die Impfung zurückliegt, umso schwieriger ein Zusammenhang erkannt oder Bewiesen werden kann.

Thomas Merten verweist weiter auf „begleitende“ Studien, die aber definitionsgemäß keine Langzeitstudien sind, und im weiteren auf 7 Milliarden verimpfte Dosen – obwohl es hier nicht um Menge sondern um Zeit geht.

Wenn ich die Auswirkungen eines Medikaments auf die Schwangerschaft prüfen will, kann ich nicht statt 1000 Schwangerschaften in neun Monaten, 9000 Schwangere im Zeitraffer nur einen Monat beobachten.

Schließlich räumt Thomas Merten aber ein, „dass es keine 10-Jahres-Beobachtungen geben kann, ist klar“.

Trotz dieses denknotwendigen Eingeständnisses erklärt die Vorsitzende des Ethikrates Alema Buyx, der Fußballer sei bezüglich der fehlenden Langzeitstudien einer „Falschinformation aufgesessen, diese Form von Langzeitnebenwirkungen gebe es nicht“, welche Form bleibt offen.

Keiner der Impf-Experten geht darauf ein, dass es sich bei den umstrittenen Stoffen nicht um klassische Impfstoffe, mit denen man Jahrzehntelange Erfahrungen hat, handelt, sondern um genbasierte Wirkmechanismen, mit denen man bisher absolut keine Erfahrung hat.

Einstein soll es als unwissenschaftlich (er verwendete offenbar einen drastischeren Ausdruck) bezeichnet haben, einen Versuch mit gleicher Versuchsanordnung immer wieder zu wiederholen und ein anderes Ergebnis zu erwarten. Genauso unsinnig ist es einen Versuch mit geänderter

Versuchsanordnung (neuer Impf-Wirkmechanismus) zu machen und das gleiche Ergebnis wie bei konventionellen Impfungen zu erwarten (keine Langzeitnebenwirkungen).

**Die Einrichtung einer umfassenden, langfristigen und effektiven Überwachung von Geimpften, wenn auch nur auf freiwilliger Basis, ist deshalb dringend zu fordern.**

Reutlingen, im Oktober 2021

Professor Dr. med. Arne Burkhardt