

---

[zurück zur Hauptseite](#)

---

# Offener Brief

## An die Politikerinnen und Politiker und an alle Menschen unseres Landes

### Geringer Nutzen und unabsehbarer Schaden durch die COVID-Impfungen

Sehr geehrte Politikerinnen und Politiker,  
liebe Mitmenschen,

mit großer Sorge nehmen wir wahr, dass unsere Gesellschaft in gegen-COVID-Geimpfte und Ungeimpfte gespalten wird und dass auf Ungeimpfte ein wachsender Druck ausgeübt wird, sich impfen zu lassen.

Wir fordern die Regierung auf, dieser Spaltung Einhalt zu gebieten und alle direkten und indirekten Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel einer Impfung von bisher Ungeimpften nicht nur einzustellen, sondern aktiv zu unterbinden.

Im Folgenden legen wir dar, warum ein wie auch immer gearteter Zwang oder Druck, sich impfen zu lassen, weder gerechtfertigt noch ethisch vertretbar ist.

### Die Effektivität der Impfungen zum Schutz vor einer schweren COVID-19 Erkrankung

Die Zulassungsstudien der Impfstoffe gegen COVID-19 haben eine relative Impfeffektivität von etwa 60 bis 95% zur Verhinderung einer Infektion gezeigt. Das Follow-up lag allerdings nur bei 10 bis 14 Wochen [1–4]. Aufgrund der kurzen Beobachtungszeit und der zu geringen Ereigniszahlen sind weder Aussagen zur Langzeiteffektivität möglich, noch können Aussagen zur Verhinderung von schweren Verläufen oder Todesfällen getroffen werden. Hier sind Beobachtungsstudien mit Geimpften und Nicht-Geimpften nötig.

Als wichtiges Beispiel für eine solche Studie gilt eine große Fall-Kontrollstudie aus Israel, in der je 596.618 Geimpfte und Ungeimpfte hinsichtlich des Risikos COVID-bedingter Hospitalisierung oder Tod verglichen wurden [5]. Die relative Risikoreduktion von Geimpften bezüglich einer Krankenhausbehandlung betrug 58% - was bereits viel weniger ist, als die Zulassungsstudien vermuten ließen. Die absolute Risikoreduktion betrug jedoch nur 0,025%. Das bedeutet, dass etwa 4000 Personen geimpft werden müssen um eine Hospitalisierung zu verhindern. Bezüglich der Verhinderung eines Todesfalls wird das absolute Risiko durch die Impfung sogar nur um 0,0039% gesenkt. Das heißt, dass etwa 26.000 Menschen geimpft werden müssen um einen COVID-Todesfall zu verhindern. Die Wahrscheinlichkeit für den

Einzelnen, durch die Impfung geschützt zu werden, ist also extrem gering und muss daher unbedingt gegen die Risiken der Impfung abgewogen werden. Inzwischen liegen zahlreiche weitere Beobachtungsstudien mit sehr ähnlichem Ergebnis vor.

## Die Effektivität der Impfstoffe gegen SARS-CoV-2-Mutanten im zeitlichen Verlauf

Neuere Arbeiten zeigen, dass die Impfeffektivität im Laufe der Zeit nachlässt. In einer im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie kam es zu einem Abfall der relativen Impfeffektivität von >90% direkt nach der vollständigen Immunisierung auf etwa 65% nach vier Monaten [6]. Darüber hinaus zeigte sich, dass es in der Studie sowohl bei Geimpften als auch bei Ungeimpften im Juli 2021 zu einem deutlichen Anstieg von Infektionen mit der Delta-Variante gekommen ist, was nahe legt, dass die Impfeffektivität nicht nur mit der Zeit abnimmt, sondern auch für die Deltavariante geringer ist. Aussagen zum Schutz vor Hospitalisierung und Tod waren in dieser Studie nicht möglich, da nur eine Krankenhausaufnahme und kein einziger Todesfall zu beobachten waren.

Eine kürzlich erschienene Kohortenstudie aus Schweden zeigt eindrucksvoll, dass die Impfeffektivität bereits nach sechs bis sieben Monaten so stark absinkt, dass nicht mehr von einem Schutz ausgegangen werden kann [7]. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den steigenden Zahlen Geimpfter unter den im Krankenhaus und auf der Intensivstation behandelten COVID-Patienten wider.

## Die Risiken der COVID-Impfstoffe

Kein Arzneimittel oder Impfstoff hat seit Bestehen der entsprechenden Datenbanken in so kurzer Zeit so viele Meldungen von schweren, unerwünschten Wirkungen und Todesfällen erfahren wie die Impfstoffe gegen COVID-19. In seinem Sicherheitsbericht vom 20.9.2021 berichtet das Paul-Ehrlich-Institut über 156.360 Meldungen über Zwischenfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einer COVID-Impfung in Deutschland [8]. Die Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle ist wahrscheinlich um ein Vielfaches höher. Von den gemeldeten Zwischenfällen endeten 1.450 tödlich, 15.122 (0,015% aller Impfungen) wurden als schwerwiegend eingestuft (Krankenhausaufnahme erforderlich). Zu den schwerwiegenden Nebenwirkungen, deren Auftreten mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Impfung zusammenhängt zählen die Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung (Myo- und Perikarditis), schwere allergische Reaktionen (Anaphylaxie), Thrombosen (Lungenembolien, Schlaganfälle, Herzinfarkte), Mangel an Blutplättchen (Thrombozytopenie, Blutungen) und Ganzkörperlähmung (Guillain-Barré-Syndrom). Die Spätfolgen der bereits bekannten schwerwiegenden Nebenwirkungen und weitere, noch weitgehend unerforschte negative Effekte wie eine antikörperabhängige Verstärkung von Entzündungsprozessen bei erneuter Infektion (Antibody-dependent-enhancement [ADE]) und die Begünstigung der Entstehung von Immunkomplex und Autoimmunerkrankungen durch die Nukleosid-modifizierte mRNA der mRNA-Impfstoffe sind wegen der kurzen bisherigen Beobachtungszeiten noch gar nicht absehbar.

## Die Infektiosität von Geimpften und Ungeimpften

In einer englischen Kohortenstudie wird gezeigt, dass sich weder die Viruslast noch die Anzahl der Personen, an welche die Infektion weitergegeben wird zwischen Geimpften und Ungeimpften unterscheiden [9]. Geimpfte sind demnach genauso ansteckend wie Ungeimpfte und können gleichermaßen zur Verbreitung der Erkrankung beitragen. Diese Ergebnisse wurden durch eine große Bevölkerungsstudie von Public Health England bestätigt: sowohl bei Infektionen mit der Alpha- als auch mit der Delta-Variante finden sich bei Geimpften und Ungeimpften die gleichen PCR-Ct-Werte [10].

## Die Nutzen-Schaden-Bilanz der COVID-19-Impfstoffe

Bei der Betrachtung der Nutzen-Schaden-Bilanz ist das persönliche Risiko eines Menschen, schwer an COVID-19 zu erkranken oder an der Erkrankung zu versterben, zu berücksichtigen. Dieses Risiko wird vor allem durch das Lebensalter und vorliegende chronische Erkrankungen bestimmt. So konnte in einer systematischen Übersichtsarbeit gezeigt werden, dass das Risiko, an COVID zu versterben für Menschen über 80 Jahren etwa 10.000 Mal höher ist als für Kinder unter 10 Jahren [11]. Dieser Faktor muss in die Überlegungen zum Nutzen, aber auch zum Schaden der Impfung mit einbezogen werden. Die Zahlen im Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts legen nahe, dass schwere unerwünschte Wirkungen bei Kindern etwa gleich häufig vorkommen wie bei Erwachsenen. Herzmuskelentzündungen treten aber wahrscheinlich sogar häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf. Bei Kindern steigt außerdem die Anzahl der erforderlichen Impfungen zur Verhinderung *einer* schweren COVID-19-Erkrankung oder gar eines Todesfalls durch COVID auf ein Vielfaches. Hieraus ist zu folgern, dass die Nutzen-Schaden-Bilanz der Impfung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit negativ ist, das heißt, dass mit der Impfung mehr Schaden angerichtet wird als schwere COVID-Erkrankungen verhindert werden. Allenfalls bei alten Menschen und solchen mit Risikofaktoren für einen schweren Verlauf könnte eine eventuelle vorhandene Schutzwirkung der Impfung überwiegen. Der nur kurzzeitig andauernde Schutz und die negativen Folgen der Booster-Impfungen z.B. in Israel lassen selbst diesen Nutzen zweifelhaft erscheinen. Zusätzlich muss noch berücksichtigt werden, dass viele mögliche Langzeitschäden der Impfungen wegen der fehlenden Beobachtungszeit und der unvollständigen Dokumentation noch gar nicht bekannt sind.

Aus diesen Gründen muss es jedem Menschen freigestellt sein, sich nach ehrlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken frei für oder gegen die Impfung zu entscheiden. Eine direkte oder indirekte Impfpflicht ist auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse weder zu rechtfertigen noch ethisch vertretbar.

## Fazit

Der absolute, individuelle Nutzen der Impfungen gegen COVID-19 ist im Bevölkerungsdurchschnitt marginal. Er mag höher sein für Menschen mit hohem Risiko für einen schweren COVID-Verlauf. Selbst für diese Menschen bergen die Impfstoffe jedoch noch nicht bekannte Risiken für negative Spätfolgen. Jungen und gesunden Menschen und vor allem gesunden Kindern und Jugendlichen muss von der Impfung abgeraten werden, da die Risiken für schwerwiegende Nebenwirkungen und Spätfolgen den möglichen Nutzen bei weitem übersteigen.

Die Behauptung, dass durch die Impfung andere Menschen vor COVID-19 geschützt werden, ist in Anbetracht der hohen Anzahl von Erkrankungen bei Geimpften und des fehlenden Unterschieds in der Infektiosität zwischen Geimpften und Ungeimpften nicht stichhaltig und unglaubwürdig.

## Wir fordern daher

- den sofortigen Stopp der Impfung von Kindern und Jugendlichen
- den sofortigen Stopp der einseitigen und die möglichen Schäden verharmlosenden Impfpropaganda, sowie ein Ende der Nötigung der Bevölkerung zur Impfung
- das sofortige Ende der Diskriminierung von Ungeimpften und der Ungleichbehandlung von Geimpften und Ungeimpften im öffentlichen Leben, am Arbeitsplatz und in Schulen sowie Kitas
- eine Rückkehr der politischen und medizinischen Entscheidungsträger zu (wissenschaftlicher) Neutralität, weg von der bislang geführten lobbykonformen Panikpolitik, die sowohl gezielt wissenschaftliche Tatsachen ignoriert als auch die freiheitlich-demokratischen Grundwerte mit Füßen tritt.

## Literatur

1. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, u. a. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med* 2020;383:2603–15.
2. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, u. a. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med* 2021;384:403–16.
3. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, u. a. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet* 2021;397:99–111.
4. Sadoff J, Gray G, Vandebosch A, Cárdenas V, Shukarev G, Grinsztejn B, u. a. Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COV2.S Vaccine against Covid-19. *N Engl J Med* 2021;384:2187–201.
5. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, u. a. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med* 2021;384:1412–23.
6. Keehner J, Horton LE, Binkin NJ, Laurent LC, Pride D, Longhurst CA, u. a. Resurgence of SARS-CoV-2 Infection in a Highly Vaccinated Health System Workforce. *N Engl J Med* 2021;385:1330–2.
7. Nordström P, Ballin M, Nordström A. Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study. *SSRN Journal* 2021 [zitiert 19.11.2021]; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3949410>

8. Paul-Ehrlich-Institut. Sicherheitsbericht: Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19. 2021 [zitiert 13.10.2021]; Available from:  
[https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-08-21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-08-21.pdf?__blob=publicationFile&v=6)
9. Singanayagam A, Hakki S, Dunning J, Madon KJ, Crone MA, Koycheva A, u. a. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* 2021;S1473309921006484.
10. Public Health England. SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England - Technical Briefing 20. 2021 [zitiert 13.10.2021]; Available from:  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1009243/Technical\\_Briefing\\_20.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf)
11. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol* 2020;35:1123–38.

---

[zurück zur Hauptseite](#)

---