



## Faktencheck: Wie wirksam sind die Impfungen?

**Woche für Woche sinkt die Impfeffektivität. Die Impfungen halten nicht das, was versprochen wurde. Ob Geimpfte wirklich besser vor einer Infektion und einer schweren Erkrankung geschützt sind als Ungeimpfte, ist bis heute unbelegt – da vom Robert Koch-Institut weiterhin nicht ausreichend Daten erhoben und veröffentlicht werden. Gibt es nun eine Impfpflicht ohne klaren Nutznachweis der Stoffe?**

KARSTEN MONTAG, 21. Dezember 2021, 0 Kommentare

Die randomisierten kontrollierten Studien im Rahmen der bedingten Zulassung der neuartigen Impfstoffe – die aus medizinischer Sicht Gentherapien entsprechen –, haben Ende 2020 eine relative Risikoreduktion hinsichtlich der Infektion mit dem Virus von bis zu 95 Prozent ergeben. Was der Begriff „relative Risikoreduktion“ bedeutet, wurde bereits in einem Multipolar-Beitrag im Juni dieses Jahres näher erläutert.

In Deutschland wird die Wirksamkeit der Impfungen gegen Infektion, Hospitalisierung, intensivmedizinische Behandlung und Tod regelmäßig im Rahmen der Wochenberichte des Robert Koch-Instituts (RKI) berechnet. Ausschlaggebend für die Berechnung ist die Anzahl der jeweiligen Fälle in Tabelle 3 des Berichtes.

Tabelle 3: Impfdurchbrüche in MW 46 bis 49/2021 nach Altersgruppe (Datenstand 14.12.2021)

	Altersgruppe		
	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
<b>Symptomatische COVID-19-Fälle<sup>1</sup></b>	36.876	245.177	58.702
davon vollständig geimpft	3.336	124.483	40.313
Anteil Impfdurchbrüche	<b>9,0%</b>	<b>50,8%</b>	<b>68,7%</b>
<b>Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle<sup>1</sup></b>	205	4.502	6.956
davon vollständig geimpft	21	1.388	3.435
Anteil Impfdurchbrüche	<b>10,2%</b>	<b>30,8%</b>	<b>49,4%</b>
<b>Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle<sup>1</sup></b>	7	622	1.246
davon vollständig geimpft	0	120	507
Anteil Impfdurchbrüche	<b>0,0%</b>	<b>19,3%</b>	<b>40,7%</b>
<b>Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle<sup>1 2</sup></b>	0	145	1.539
davon vollständig geimpft	0	21	691
Anteil Impfdurchbrüche	-	<b>14,5%</b>	<b>44,9%</b>

<sup>1</sup> Alle symptomatischen Fälle, für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder vollständig geimpft oder ungeimpft waren.

<sup>2</sup> Insbesondere für Todesfälle ist in den Folgewochen mit Änderungen der Fallzahl zu rechnen.

Abbildung 1: Tabelle 3 des [RKI-Wochenberichts vom 16.12.2021](#)

Die vom RKI festgestellten Impfdurchbrüche nehmen von Woche zu Woche beinahe kontinuierlich zu, wie eine Auswertung der Wochenberichte seit Juli 2021 zeigt.

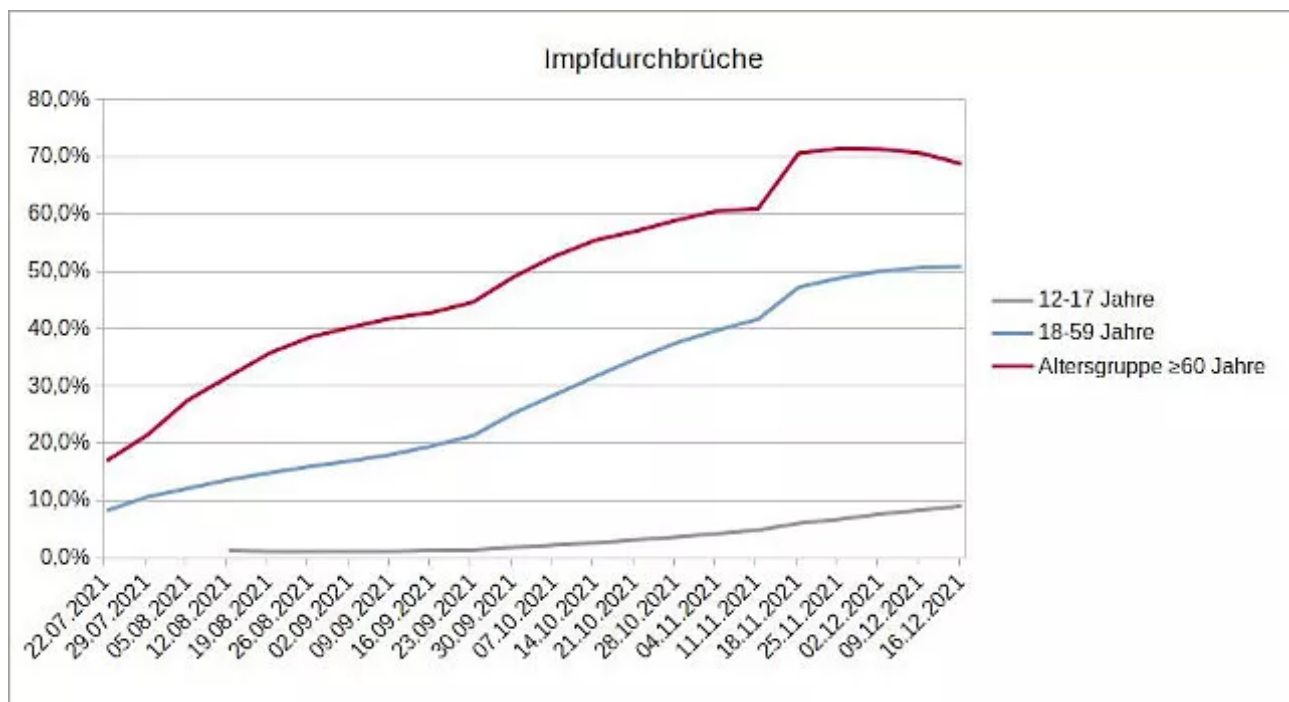
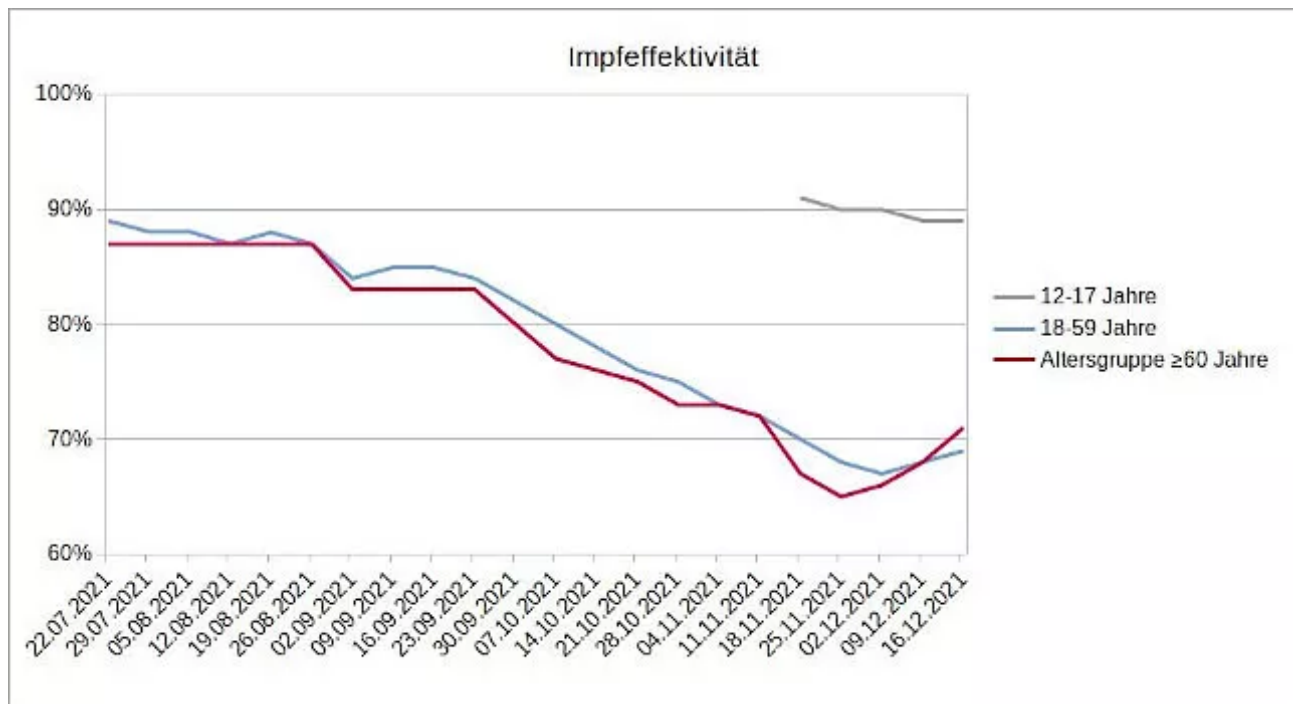


Abbildung 2: Eigene Darstellung, Quelle: [Wöchentliche Lageberichte des RKI](#)

Analog nimmt auch die Impfeffektivität annähernd kontinuierlich ab. Der neuerliche Anstieg der Impfeffektivität in den letzten Wochen, insbesondere bei den über 60-jährigen, fällt zeitlich mit dem Beginn der Boosterimpfungen zusammen. Ein Zusammenhang muss jedoch nicht zwingend sein, denn zur selben Zeit

wurden auch die 3G- und 2G-Regeln eingeführt. Diese Regeln zwingen Menschen, die vor einer Impfung mit einem nur bedingt zugelassenen Impfstoff zurückschrecken, geradezu dazu, sich absichtlich anzustecken, um als Genesene wieder am normalen Leben teilnehmen zu dürfen. Da die Impfdurchbrüche in Abhängigkeit von allen Infizierten berechnet werden, können auch höhere Fallzahlen unter den Ungeimpften für einen scheinbaren Anstieg der Impfeffektivität verantwortlich sein.



**Abbildung 3:** Eigene Darstellung, Quelle: Wöchentliche Lageberichte des RKI

Die Impfungen halten also nicht das, was versprochen wurde. Politiker und viele Medien nehmen die Zahlen des RKI jedoch zum Anlass, weiterhin für die Impfung zu werben, da vollständig Geimpfte angeblich noch immer besser geschützt vor einer symptomatischen Erkrankung, Krankenhauseinlieferung, intensivmedizinischer Behandlung und Tod sein sollen als Ungeimpfte. Wie ungenau die Datenbasis der Berechnungen und wie unzuverlässig die Erkenntnisse des RKI jedoch sind, soll im Folgenden gezeigt werden.

## Impfstatus nur bei einem Bruchteil der Fälle bekannt

An der Art, wie das RKI die Impfdurchbrüche und die Impfeffektivität ermittelt, wurde bereits viel Kritik geübt. Bis zum Wochenbericht vom 23. September 2021 hat das RKI Fälle, bei denen der Impfstatus unbekannt war, den Ungeimpften zugerechnet. Die Annahme, dass sämtliche Fälle mit unbekanntem Impfstatus pauschal ungeimpft seien, ist selbstverständlich hochspekulativ, und sämtliche Berechnungen, die auf dieser Annahme basieren, entsprechen keinem wissenschaftlichen Vorgehen.

Es stellt bereits einen Skandal dar, dass das RKI bei der Interpretation der Berechnung der Impfeffektivität die spekulative Datengrundlage bis zum 23. September nicht transparent als Einschränkung der Ergebnisse dargelegt und stattdessen verheimlicht hat. Die Interpretation der Ergebnisse begann mit der Behauptung „Der bei weitem größte Teil der seit der 5. KW übermittelten COVID-19-Fälle war nicht geimpft.“ Lediglich mit der folgenden Aussage deutete das RKI den spekulativen Charakter seiner Berechnungen an:

„Da die Angaben zu den Impfungen der COVID-19-Fälle teilweise unvollständig sind und somit eine Untererfassung der geimpften COVID-19-Fälle wahrscheinlich ist, wird die Wirksamkeit der Impfstoffe eher überschätzt.“

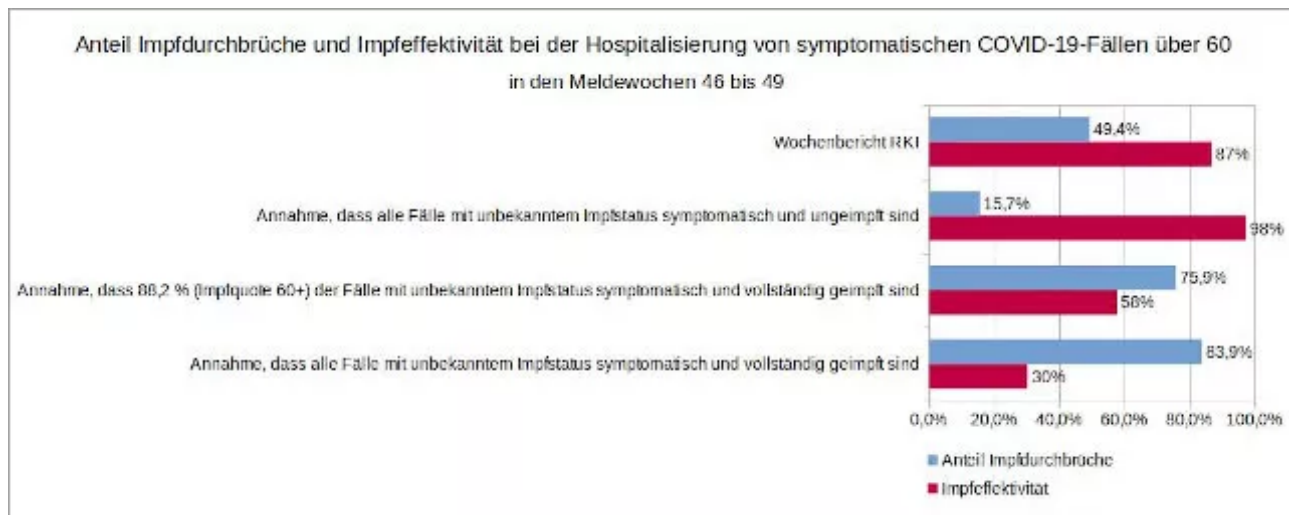
Dieses unwissenschaftliche und die Leser täuschende Vorgehen hat das Vertrauen in die Arbeit der obersten deutschen Gesundheitsbehörde gesenkt und den Eindruck erweckt, dass die Verantwortlichen wissenschaftliche Standards zugunsten eines politisch gewollten Ergebnisses opfern.

Seit dem Wochenbericht vom 30. September werden zur Berechnung der Impfdurchbrüche und der Impfeffektivität nun nur noch diejenigen Fälle herangezogen, deren Impfstatus bekannt ist. Doch auch dieses Vorgehen kann das Ergebnis der Berechnung stark verzerren, wie im Folgenden gezeigt wird.

Wie aus der ersten Zeile in der Tabelle in Abbildung 1 ersichtlich, beträgt die Summe der symptomatischen Fälle, deren Impfstatus entweder ungeimpft oder vollständig geimpft ist, für die Meldewochen 46 bis 49 und über alle Altersgruppen 340.755. Aus der RKI-Tabelle „Klinische Aspekte“ vom 16. Dezember ist jedoch zu entnehmen, dass in den Meldewochen 46 bis 49 insgesamt knapp 1,5 Millionen neue COVID-19-Fälle aufgetreten sind. Bei fast 80 Prozent der Fälle ist also einerseits die Symptomatik unbekannt oder für COVID-19 nicht bedeutend und/oder andererseits der Impfstatus unbekannt oder es liegt nur eine Impfung vor.

## RKI-Angaben zur Impfeffektivität extrem ungenau und unzuverlässig

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie unterschiedlich die Impfeffektivität ausfallen kann, wenn man verschiedene Verteilungen von Geimpften und Ungeimpften bei den Fällen annimmt, wo die genauen Daten fehlen.



**Abbildung 4:** (für größere Darstellung [hier klicken](#)) Eigene Darstellung, Quellen: RKI-Tabelle „Klinische Aspekte“ vom 16.12.2021, RKI-Wochenbericht vom 16.12.2021

Wie zu sehen ist, reicht die Bandbreite des Anteils der Impfdurchbrüche theoretisch von 15,7 bis 83,9 Prozent und die Impfeffektivität, berechnet nach der Farrington-Methode liegt zwischen 30 und 98 Prozent. Die Berechnung der minimal und maximal möglichen Werte bei Einbezug der Fälle, deren Impf- und Symptomstatus unbekannt ist, zeigt, wie ungenau und unzuverlässig die Ermittlung des Anteils der Impfdurchbrüche und der Impfeffektivität des RKI in Wirklichkeit ist. Darauf weist das RKI in seinen Wochenberichten unter der Überschrift „Limitationen und Fazit“ mittlerweile auch hin:

*„Die Nichtberücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zum Impfstatus führt zu einer Unterschätzung der Inzidenzen der Fälle sowohl in der vollständig geimpften wie auch in der ungeimpften Bevölkerung. (...) Die hier aufgeführten Werte müssen aus den oben genannten Gründen mit Vorsicht interpretiert werden und dienen vor allem der Einordnung der Impfdurchbrüche und einer ersten Abschätzung der Impfeffektivität.“*

## **Definition „symptomatischer“ Fälle unklar**

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Frage, was symptomatische Fälle eigentlich sind. Das RKI erhält seine Informationen über Meldevordrucke, die von Arztpraxen und Krankenhäusern an das jeweils zuständige Gesundheitsamt versendet werden. Schaut man sich beispielsweise den [Meldebogen für Nordrhein-Westfalen](#) an, reicht die Auswahl von Symptomen von „Geruchs- und/oder Geschmacksverlust“ bis hin zu „beatmungspflichtige Atemwegserkrankung“. Im [Meldebogen für Sachsen](#) können hingegen Symptome nur frei und ohne Vorauswahl eingetragen werden.

Es ist also vollkommen unklar, ob der Zusatz „symptomatisch“ im RKI-Wochenbericht eine schwere COVID-19-Erkrankung beschreibt, die zu einer Krankenhauseinlieferung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder gar zum Tod führt, oder ob ein Patient nur milde Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion aufweist und aus anderen Gründen in einem Krankenhaus behandelt wird sowie an diesen Gründen möglicherweise auch verstirbt. Eine [Multipolar-Auswertung der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser](#) zeigt, dass die Hauptdiagnose nur in etwa der Hälfte der hospitalisierten Fälle darauf hindeutet, dass eine akute Erkrankung der unteren Atemwege ausschlaggebend für die Krankenhauseinlieferung war.

## **Berechnung der Impfeffektivität wissenschaftlich nicht haltbar**

Unter Berücksichtigung dieses Wissens ist eine Berechnung der Impfeffektivität bezüglich einer Krankenhauseinlieferung oder einer intensivmedizinischen Behandlung auf Basis der Daten, die dem RKI zur Verfügung stehen, wissenschaftlich nicht haltbar. Auf diese Einschränkung der Datenbasis weist das RKI in seinen Wochenberichten nicht hin, und es ist daher nicht nachvollziehbar, wie die Behörde im Fazit ihres Berichtes vom 16. Dezember 2021 zu dem Schluss kommt:

*„Zusammengefasst bestätigen die nach Impfstatus dargestellten Inzidenzen, die Anzahl und Verteilung der Impfdurchbrüche sowie die nach der Screening-Methode geschätzte Wirksamkeit der eingesetzten Impfstoffe die hohe Wirksamkeit der COVID-19-Impfung aus den klinischen Studien.“*

Die Verheimlichung von Einschränkungen bei der Berechnungen der Impfeffektivität durch das RKI stellt bereits ein skandalöses und für die oberste Gesundheitsbehörde Deutschlands nicht hinnehmbares Vorgehen dar. Der eigentliche Skandal ist jedoch, dass die Daten zur Berechnung der Impfeffektivität nicht ausreichend ermittelt werden, obwohl die politischen Entscheidungen zu einer Impfpflicht aktuell auf Basis der angeblich hohen Wirksamkeit der Impfungen gefällt werden. Das Vorgehen der Entscheidungsträger legt nahe, dass eine Impfpflicht völlig unabhängig vom Nachweis einer Wirksamkeit der Impfstoffe politisch gewollt ist.

## **Viruswellen laufen nicht ewig**

Ein Blick in die Vergangenheit mahnt zur Vorsicht. Sowohl die [Spanische Grippe](#) nach dem Ersten Weltkrieg als auch die [Asiatische Grippe](#) Ende der 1950er und die [Hongkong-Grippe](#) Ende der 1960er Jahre führten nur in

zwei bis maximal drei Grippesaisons zu erhöhten Sterbefällen, bis sich in der Bevölkerung eine Herdenimmunität eingestellt hatte. Es ist also nicht sonderlich unwahrscheinlich, dass wir derzeit auf der Nordhalbkugel den letzten Winter mit erhöhten Sterbefallzahlen aufgrund von COVID-19 erleben.

## **Impfungen erhöhen teils die Infektionsgefahr**

Schlussendlich darf man bei einer Diskussion um eine Impfpflicht nicht vergessen, dass es der Pharmaindustrie nach fast 80 Jahren Forschung und Entwicklung bisher nicht gelungen ist, einen wirksamen Impfstoff gegen die jährlich wiederkehrende Grippe auf den Markt zu bringen. Die Grippeviren mutieren zu schnell, um rechtzeitig in großen Mengen einen effektiven Impfstoff bereitzustellen. Tatsächlich sorgt die Gripeschutzimpfung gerade bei Menschen über 60 Jahren immer wieder dafür, dass die Gefahr einer Infektion mit Influenza sogar noch erhöht wird, anstatt sie zu mindern. Dies belegen die RKI-Berichte zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland für die Saisons 2017/18 und 2018/19 (jeweils auf Seite 105 des PDFs). Die sinkende Effektivität der Corona-Impfungen deutet darauf hin, dass auch diese Impfstoffe nicht mit den Mutationen der Viren mithalten können.

**Anmerkung der Redaktion:** *Multipolar* wird morgen den zweiten Teil dieses Artikels veröffentlichen, der sich mit der Sicherheit der Impfstoffe befasst.

**Über den Autor:** Karsten Montag, Jahrgang 1968, hat Maschinenbau an der RWTH Aachen, Philosophie, Geschichte und Physik an der Universität in Köln sowie Bildungswissenschaften in Hagen studiert. Er war viele Jahre Mitarbeiter einer gewerkschaftsnahen Unternehmensberatung, zuletzt Abteilungs- und Projektleiter in einer Softwarefirma, die ein Energiedatenmanagement- und Abrechnungssystem für den Energiehandel hergestellt und vertrieben hat. Er ist regelmäßiger Autor für *Multipolar*. Seine zuletzt hier veröffentlichten Recherchen zu den Abrechnungsdaten der Krankenkassen mit Blick auf COVID-19 wurden von verschiedenen Medien aufgegriffen.

### **Weitere Artikel zum Thema:**

- **Neue Krankenhausdaten und Studien zeigen: Triftige Gründe für eine Impfpflicht fehlen** (Karsten Montag, 25.11.2021)
- **Abrechnungsdaten der Krankenkassen: Nur jeder zweite „Corona-Patient“ wegen Corona-Verdacht im Krankenhaus** (Karsten Montag, 30.10.2021)
- **Wie erwartbare Sterbefälle und Krankenhausbelegungen zur COVID-19-Notlage erklärt werden** (Karsten Montag, 24.5.2021)
- **Warum die Corona-Todeszahlen in ganz Europa nicht plausibel sind** (Karsten Montag, 29.4.2021)
- **Betrugsverdacht: Warum die Todeszahlen des Robert Koch-Instituts nicht plausibel sind** (Karsten Montag, 16.4.2021)