Mittwoch, 22. Juni 2022, 16:00 Uhr
~14 Minuten Lesezeit

Medizinischer Verrat

Die STIKO empfiehlt die „COVID-Impfung“ bei Kindern ab fünf Jahren — dabei ignoriert sie sowohl die mangelnde Wirksamkeit als auch die Risiken der Maßnahme.

von Bastian Barucker
Foto: Prostock-studio/Shutterstock.com

Am 25. Mai 2022 änderte die Ständige Impfkommission (STIKO) ***ihre Empfehlung*** *(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben__blob=publicationFile) für Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren hinsichtlich der COVID-19-„Impfung“. Die STIKO hatte vorerst aufgrund „ungenügender Daten zur Impfstoffsicherheit und der sehr geringen Krankheitslast“ keine Empfehlung für gesunde Kinder dieser Altersklasse ausgesprochen, die in Deutschland 5,2 Mio. Kinder umfasst. Von nun an jedoch „empfiehlt die STIKO allen anderen Kindern zunächst nur eine COVID-19-Impfstoffdosis“. Das „nur“ bezieht sich darauf, dass Kindern mit Vorerkrankungen und Kindern, in deren Umfeld Risikogruppen vorhanden sind, bereits 2 Impfungen empfohlen wurden. Letzteres basiert auf der unbewiesenen Annahme, dass geimpfte*

Kinder das Virus weniger verbreiten als ungeimpfte, und dem Eingeständnis, dass die „Impfung“ die Risikogruppe eben nicht ausreichend schützt. Werfen wir einen Blick auf die faktische Grundlage für die neue Impfempfehlung für Kinder.

Die Qualität der Daten

Grundlage einer Analyse sind valide Zahlen, die Krankheitslast- und schwere durch Covid-19 für Kinder in diesem Alter darstellen und solide Erkenntnisse über die Wirksamkeit und potentielle Gefährlichkeit der „Impfung“ liefern.

Da es sich bei der gentherapeutischen Behandlung mit mRNA-Stoffen, **nicht um eine klassische Impfung** (https://blog.bastian-barucker.de/professor-und-bmj-redakteur-zur-covid-impfung-und-kritischem-denken/), also der Konfrontation des Immunsystems mit einem von außen zugeführten Antigen oder Toxin, handelt, steht das Wort im Text in Anführungszeichen.

Wie im gesamten Corona-Geschehen begegnen wir bei einer Bewertung der Sachlage der Schwierigkeit, dass sowohl die Inzidenzzahlen als auch die Zahlen zu Hospitalisierungen nicht aussagekräftig sind. Das RKI weiß um diesen Sachverhalt und stellt bezüglich der sogenannten Fallzahlen Folgendes fest:

„Bei der Interpretation der Fallzahlen muss berücksichtigt werden, dass seit März 2021 an Schulen eine anlasslose, routinemäßige SARS-CoV-2-Antigentestung bzw. PCR-Pooltestung durchgeführt wird und dadurch auch viele asymptomatische SARS-CoV-2-Infektionen detektiert wurden, die ohne diese regelmäßige Testung nicht nachgewiesen worden wären.“

Bei der Errechnung der Fallzahlen fällt weiterhin ins Gewicht, dass das anlasslose Testen gesunder Kinder einen Großteil **falsch-positiver Testergebnisse** (https://www.cochrane.de/news/aktualisierter-cochrane-review-bewertet-zuverl%C3%A4ssigkeit-von-schnelltests-zum-nachweis-von-covid) hervorbringt. So kann weder eine Aussage über Infektion noch über Infektiösität getroffen werden. **Die Mängel** (https://cormandrostenreview.com/) des PCR-Tests hinsichtlich seiner diagnostischen Fähigkeiten sind seit 2 Jahren bekannt und unwiderlegt.

Auch die Aussagekraft der Zahlen zu den Hospitalisierungen ist nicht valide genug, um festzustellen, wie viele Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren wirklich ursächlich wegen Covid-19 in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, wie das RKI selbst im **epidemiologische Bulletin 21** (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile) feststellt:

„*Als Marker für die Krankheitsschwere kann der Anteil der hospitalisierten Fälle betrachtet werden. Bei der Interpretation der Daten muss jedoch berücksichtigt werden, dass in den IfSG-Meldezahlen auch Fälle gezählt werden, die nicht aufgrund einer COVID-19-Erkrankung stationär behandelt wurden, sondern bei denen im Rahmen der stationären Behandlung wegen einer anderen Erkrankung ein SARS-CoV-2-Nachweis erfolgte. Dadurch wird die Hospitalisierungsrate überschätzt*“ (Seite 22).

Um zu verdeutlichen wie unzuverlässig die Zahlen sind, stellt das RKI selber fest:

„*Daten von 1.501 Kindern und Jugendlichen (Stand 30.04.2021) wurden in einem Preprint veröffentlicht. Die AutorInnen geben an, dass die Mehrzahl (54 Prozent) der in der Erhebung erfassten PatientInnen nicht primär wegen COVID-19 hospitalisiert wurden. Die COVID-19-Diagnose wurde bei einem großen Teil der hospitalisierten Kinder und Jugendlichen im Rahmen des Aufnahmescreenings gestellt.*“

Bei den 5- bis 11-jährigen Kindern war diese Fehlklassifizierung noch deutlicher , da „bis zum 20.02.2022 in der Altersgruppe 5 bis 11 Jahre insgesamt 689 Fälle gemeldet wurden, davon waren 234 (34 Prozent) wegen COVID-19 hospitalisiert worden; für 455 Fälle wurde eine andere Aufnahmediagnose angegeben und es bestand nebenbefundlich eine SARS-CoV-2- Infektion.“

Krankheitslast durch Sars-Cov2

Die generelle Empfehlung Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren wurde ursprünglich wegen der sehr geringen Krankheitslast und ungenügender Sicherheitsdaten von der STIKO nicht ausgesprochen.

> ***Die wissenschaftliche Begründung der neuen, generellen Empfehlung liefert keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Krankheitslast. Eher zeigt sie ein weiteres Mal deutlich auf, dass Corona für Kinder keine signifikante Gesundheitsgefahr darstellt.***

Eine im RKI -Bericht erwähnte **Studie** (https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.30.21267048v1) kam zu folgendem Ergebnis

„Es wurde angegeben, dass 0,016 Prozent aller SARSCoV-2-infizierten 5-11-jährigen Kinder aufgrund einer therapiebedürftigen COVID-19-Erkrankung hospitalisiert werden mussten. Von SARS-CoV-2-infizierten Kindern ohne Vorerkrankungen wurden 0,009 Prozent hospitalisiert. Das bedeutet, dass weniger als 1 pro 10.000 SARS-CoV-2-infizierter 5-11-jähriger Kinder ohne Vorerkrankungen wegen einer therapiebedürftigen COVID-19-Erkrankung hospitalisiert wird. Die Häufigkeit einer COVID-19-assoziierten Aufnahme auf eine Intensivstation (ITS) lag für alle Kinder bei 0,007 Prozent und für Kinder ohne Vorerkrankungen bei 0,002 Prozent aller SARS-CoV-2-Infektionen in dieser Altersgruppe.

Insgesamt war die Häufigkeit der Hospitalisierungen und ITS-Aufnahmen in der Gruppe der 5-11-Jährigen von allen pädiatrischen Altersgruppen am niedrigsten. Auf Basis dieser Ergebnisse und der IfSG-Meldedaten muss angenommen werden, dass die Krankheitsschwere von COVID-19 bei den 5-11-Jährigen im Vergleich zur Gesamtheit aller Infizierten deutlich geringer ist.“

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, die deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte veröffentlichten ebenfalls am 25. Mai 2022 eine **Pressemitteilung** (https://dgpi.de/sarscov2-impfung-bei-5-bis-11-jaerigen-kindern/) zur Impfung von 5- bis 11-jährigen Kindern. In dieser heißt es:

„Die primäre Krankheitslast dieser jungen Altersgruppe durch schwere Erkrankung ist unverändert sehr gering. Die Annahme, dass die Impfung bei jungen Kindern einen anhaltenden Einfluss auf die Übertragungsrate des Virus nehmen wird, ist unbestätigt. Die Forderung nach Impfungen der jungen Kinder zur Verhinderung eines allgemeinen Lockdowns ist nicht verhältnismäßig. Der Eigennutz für das Kind muss im Vordergrund stehen.“

Bezüglich der Krankheitsschwere lohnt sich ein Blick auf die Erkenntnislage bezüglich möglicher Langzeitfolgen durch eine Corona-Infektion bei Kindern. Der STIKO Vorsitzende Prof. Mertens sagte im **Mai 2021** (https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/stiko-chef-mertens-long-covid-gibt-es-bei-kindern-praktisch-nicht-15226/) bereits:

„Die bisherige Analyse hat ergeben, dass es ***Long-Covid***

(https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/long-covid-zwei-drittel-der-patienten-monate-danach-nicht-voll-arbeitsfaehig-15131/) bei den Kindern eigentlich nicht gibt.“

Der aktuelle Bericht des RKI weist bezüglich Long-Covid bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren darauf hin, dass es „[i]nsgesamt häufig schwierig ist, zwischen Folgen der COVID-19-Erkrankung und den Auswirkungen durch die Kontaktbeschränkungen während der Pandemie zu unterscheiden.“ Es gibt demzufolge weiterhin keine Evidenz dafür, Long-Covid als signifikante Gesundheitsgefahr zu deklarieren, jedenfalls nicht weniger gefährlich als die Maßnahmen!

Mortalität

Bis zum 21. April 2022 „wurden an das RKI 9 Todesfälle im Alter von 5 bis 11 Jahren übermittelt, bei denen COVID-19 als Todesursache angegeben war. Alle Kinder litten bereits vor der COVID-19-Erkrankung an schweren Grunderkrankungen.“

	Altersgruppen der übermittelten Todesfälle in Jahren							
	< 1		1–4		5–11		12–17	
Geschlecht	mit SARS-CoV-2-Infektion	COVID-19 als primäre Todes-ursache	mit SARS-CoV-2-Infektion	COVID-19 als primäre Todes-ursache	mit SARS-CoV-2-Infektion	COVID-19 als primäre Todes-ursache	mit SARS-CoV-2-Infektion	COVID-19 als primäre Todes-ursache
männlich	5	3	5	4	9	4	9	7
weiblich	6	4	11	7	8	5	13	10
Gesamt	11	7	16	11	17	9	22	17
Anteil COVID-19-bedingter Todesfälle an allen übermittelten Fällen (%)	0,012 %	0,008 %	0,002 %	0,002 %	0,001 %	**0,0004 %**	0,0011 %	0,0009 %

Tab. 3 | Mit SARS-CoV-2-Infektion bzw. an COVID-19 verstorbene < 18-Jährige nach Altersgruppe und Geschlecht ab 01.03.2020 bis Mitte April 2022 (KW 14/2022) (Stand: 21.04.2022) (Einige der Todesfälle befinden sich noch in Abklärung.)

> ***Screenshot von RKI: Epidemiologisches Bulletin 2022/21 vom 25. Mai 2022*** *(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile)*

Bereits im April 2021 wies die **deutsche Gesellschaft für pädaitrische Infektiologie** (https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/) darauf hin, dass mehr Kinder an Influenza als an Corona sterben und dass eine viel größere Zahl von Kindern im Verkehr oder durch Ertrinken umkommen.

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren keinem signifikanten Risiko durch Sars-Cov2 ausgesetzt sind. Daher stellt sich die Frage, welchen Nutzen die „Impfung“ haben soll, der die STIKO dazu motiviert, sie allen gesunden Kindern zu empfehlen.

Naturliche Immunität versus hybride Immunität

Die vom RKI formulierten Ziele der neuen Impfempfehlung sind der „Aufbau einer verstärkten Sars-Cov2-Basisimmunität, die Verhinderung einer selten auftretenden, schweren Covid-19 Erkrankung und die Reduktion indirekter Folgen von SARSCoV-2-Infektionen, zum Beispiel von Isolations- und Quarantänephasen."

Das RKI vergisst hier darauf hinzuweisen, dass die Absonderung von positiv-getesteten Kindern keine indirekte Folge einer Infektion mit Sars-Cov2 ist, sondern eine direkte Folge einer evidenzfreien und vor allem kinderfeindlichen Coronapolitik, die sinnlose Schulschließungen und anlassloses Massentesten von gesunden Kindern implementiert hat, wie zum Beispiel ein **Vergleich mit dem schwedischen Weg** (https://blog.bastian-barucker.de/schweden-deutschland-keine-corona-todesfaelle-bei-kindern/) zeigt. Die Folgen dieser desaströsen Politik zeigen sich im Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen:

„Die Corona-Pandemie und ganz besonders die von der Politik verhängten Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung haben Kindern in allen Altersstufen erheblichen gesundheitlichen Schaden zugefügt", sagt Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte in einem aktuellen **Kinder- und Jugendreport** (https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essstoerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/) einer großen deutschen Krankenkasse.

Bezüglich des Aufbaus einer Grundimmunität in der Altersklasse weist das RKI daraufhin, dass mindestens 80 Prozent der Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren bereits eine Sars-Cov2-Infektion überstanden haben. Unerwähnt bei dem Ziel, die Basisimmunität mittels Impfung zu stärken (hybride Immunität), bleibt die Tatsache, dass mittlerweile mehr als **150 Studien belegen** (https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/), dass die natürliche Immunität der Immunität durch Impfung überlegen ist. Ganz im Gegensatz dazu geht die STIKO „davon aus, dass eine durchgemachte SARS-CoV-2-Infektion nicht ausreicht, um spätere COVID-19-Erkrankungen zu verhindern".

Eine wissenschaftliche Grundlage für diese Annahme scheint nicht vorhanden zu sein und die aufgeführten Daten der Krankheitsschwere der vergangenen zwei Jahre zeigen auf, dass die natürliche Immunität in der Lage war, Covid-19 Erkrankungen zu

verhindern. Die Neuroendokrinologin der Universität Kalifornien, Dr. Aditi Bhargava, äußerte sich bei einer **Anhörung zum Thema Covid-19** (https://blog.bastian-barucker.de/us-professorin-zu-covid-19-impfung-natuerlicher-immunitaet/) diesbezüglich wie folgt:

„Es gibt keinen dokumentierten Fall einer von Natur aus immunen Person, die sich erneut infiziert hat und schwer erkrankt ist oder ins Krankenhaus muss, obwohl der erste Fall vor fast zwei Jahren gemeldet wurde. Im krassenm Gegensatz dazu gibt es Tausende von Fällen schwerer Covid-Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle bei vollständig geimpften Menschen. … Die natürliche Immunität ist der Goldstandard.“

Impfen für das Gemeinwohl?

Im epidemiologischen Bulletin 21 begründet die STIKO ihre neue Empfehlung außerdem folgendermaßen:

„Diese Impfempfehlung wird vorsorglich ausgesprochen, weil ein erneuter Anstieg von SARSCoV-2-Infektionen im kommenden Herbst bzw. Winter zu erwarten ist.“

Diese Aussage ist deshalb bemerkenswert, da es sich dabei um bekanntes Grundlagenwissen der Epidemiologie handelt, nämlich, dass Coronaviren aufgrund ihre Saisonalität in der “Erkältungszeit” vermehrt auftreten und zu Atemwegserkrankungen führen können. Gesundheitsminister Karl Lauterbach wird auf der **Webseite des Bundesgesundheitsministeriums** (https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/corona-impfung-fuer-kinder-2043070) mit Verweis auf die neue Impfempfehlung mit folgender Banalität zitiert:

„Die Pandemie ist leider nicht vorbei – wir werden im Herbst mit mehr Infektionen und neuen Varianten rechnen müssen.“

Das war bereits vor der Corona-Pandemie der Fall und es erscheint unverständlich, wie daraus eine Empfehlung für die „Impfung“ von gesunden Kindern generiert werden kann, zumal Kinder in dem Alter fast nie schwer an Corona erkranken.

> ***Aufgrund der Kurzfristigkeit der Wirksamkeit der „Impfung“ würde diese evidenzlose Verfahrensweise für Kinder auch bedeuten, dass sie sich regelmäßig und mehrfach im Jahr „impfen“ lassen müssten.***

Außerdem ist laut Aussagen des RKI die vermeintliche Wirksamkeit der hybriden Immunität eine reine Spekulation:

„*Bei einer zu erwartenden Zunahme der SARS-CoV-2-Infektionen im kommenden Herbst und Winter könnte man diese hybride Immunität in Abhängigkeit von der dann zirkulierenden Variante möglicherweise nutzen, um Kinder vor einer erneuten Infektion zu schützen. Bei einer Impfung zum jetzigen Zeitpunkt wäre aufgrund des beobachteten waning der Immunschutz gegen asymptomatische Infektionen sowie milde und schwere COVID-19-Erkrankungen zum Ende des Jahres allerdings schon deutlich reduziert.*“

Der zu Beginn der Impfkampagne versprochene Fremdschutz und der damit verbundene Solidaritätsgedanke haben sich als Fehleinschätzungen erwiesen und sind daher keine Grundlage dafür, Millionen von gesunden Kindern zu impfen. Das RKI stellt selber fest:

„*Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen nach entsprechender Exposition trotz Impfung mit oder ohne nachfolgenden Krankheitssymptomen infiziert werden können, dabei SARS-CoV-2 ausscheiden und entsprechend infektiös sein können. Daher ist auch bei Geimpften auf bekannte Hygienemaßnahmen und Kontaktreduzierung zu achten.*“

Weiter stellt das RKI bei der Impfung von 5- bis 11-Jährigen fest:

„*Die Impfeffektivität zur Reduktion des Übertragungsrisikos von SARS-CoV-2 wurde bei 5-11-jährigen Kindern bislang nicht untersucht.*“

Ursprünglich wurde die Impfung bereits allen Kindern empfohlen, in deren Umfeld Personen aus der Risikogruppe zu finden sind. In oben getätigter Aussage wird klar, dass diese Begründung keinerlei faktische Grundlage hat.

Der Epidemiologe Alexander Kekulé kommentierte die Entscheidung der STIKO in einem Podcast mit dem MDR so:

„*(Es w)äre interessant zu verstehen, was die Stiko sich dabei gedacht hat. Die Begründung zitiert nicht eine Studie. Es werden v. a. eigene Arbeiten zitiert und Sachen, die damit nichts zu tun haben. Ich frage mich: Wie kommen die da jetzt plötzlich darauf?*“

Der Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung“ betitelt **seinen Kommentar** (https://individuelle-impfentscheidung.de/aktuelles/statements.html) zur STIKO-

Empfehlung mit „Die STIKO hat fertig“ und kommt zu folgendem Schluss:

„Nach der letzten, servilen Impfempfehlung der STIKO muss hier ergänzt werden, dass wir die Kinder nicht vor Covid, wohl aber vor den Politikern und jetzt auch vor der STIKO schützen müssen. Die STIKO hat fertig! Kinder brauchen keine Covid-Impfung — gar keine!“

Ein Muster wird erkennbar

Bereits die Empfehlung der Auffrischungsimpfung bei 12- bis 17-Jährigen wurde von der STIKO nicht mit einer Schutzwirkung für das Kind begründet, sondern folgendermaßen:

„Mit dem Ziel der Reduktion der Transmission und der damit verbundenen Verhinderung von schweren COVID-19-Erkrankungen in der Bevölkerung empfiehlt die STIKO die Auffrischimpfung für 12- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche ...“

Vorangegangen war ein ähnliches Prozedere wie bei der Empfehlung für 5- bis 11-jährige Kinder. Die STIKO hatte ursprünglich keine allgemeine Empfehlung ausgesprochen und diese nach einigen **Monaten aktualisiert** (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html). STIKO-Chef Mertens wurde im Sommer 2021 **gefragt** (https://www.youtube.com/watch?v=lbVzKEVNh-s), ob er gesunde Kinder im Alter von 12 bis 18 Jahren impfen lassen würde und hatte diese Frage mit einem klaren Nein beantwortet. Er würde seine Enkel in dem Alter nicht gegen Covid-19 impfen lassen. Neben der Tatsache, dass laut STIKO das Risiko der Nebenwirkungen den Nutzen überwiegen würde, begründete die STIKO ihre Aktualisierung damals so:

„Diese Empfehlung zielt in erster Linie auf den direkten Schutz der geimpften Kinder und Jugendlichen vor COVID-19 und den damit assoziierten psychosozialen Folgeerscheinungen ab.“

Schon hier wird der Nutzen partiell mit dem Umstand begründet, dass es psychosoziale Folgen haben kann, wenn ein Jugendlicher nicht geimpft ist. Eigentlich ist es eine Farce, dass die Corona-Politikeinen so starken Druck auf die Kinder und Jugendlichen ausübt, dass die STIKO diesen Umstand als Entscheidungsgrundlage für eine Impfempfehlung anführt.

Alle 3 Impfempfehlungen scheinen mit Artikel 3 Absatz des 1 der **Kinderrechtskonvention**

(https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention), die auch Deutschland 1992 unterzeichnet hat, nicht vereinbar.

„Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleich viel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“

Die Sicherheit der „Impfung“

Neben der fehlenden Krankheitslast führte die STIKO ursprünglich die ungenügenden Daten zur Impfstoffsicherheit für die fehlende Impfempfehlung an. Scheinbar gibt es nun eine ausreichende Sicherheit, um die potentielle Gefahr durch Nebenwirkungen einzuschätzen, weshalb seit dem 25. Mai 2022 die Impfung von Kindern mit einer verringerten Dosis des Comirnaty-Impfstoffs von Pfizer empfohlen wird.

Die von Pfizer finanzierte **Zulassungsstudie** (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34752019/) wurde an nur 2200 Teilnehmern durchgeführt und die postulierte Impfeffektivität von 90 Prozent gegenüber der nicht mehr dominierenden Deltavariante basiert auf dem Vergleich zwischen „Covid-19-Fällen“ in der geimpften und der Kontrollgruppe. Da ein positiver Coronatest nicht automatisch die Erkrankung oder schwere Erkrankung einer Person nachweist, scheint diese Studie nicht in der Lage zu sein, eine Wirksamkeit der „Impfstoffe“ nachzuweisen. Das wiederum ist aber laut RKI das übergeordnete Ziel der Covid-19 Impfung. Das RKI schreibt selbst:

„Schwere COVID-19-Erkrankungen oder PIMS-TS wurden weder in der Impfstoffgruppe noch in der Placebogruppe berichtet.“

Die Verringerung der Dosis gegenüber der „Impfung“ erwachsener Menschen scheint logisch und auch im Wohle des Kindes zu sein. Der Toxikologe Prof. Stefan Hockertz, der aufgrund der Reaktionen auf seine Kritik an den Corona-Maßnahmen Deutschland verlassen hat, weist in einem **aktuellen Interview** (https://radiomuenchen.net/podcast-archiv/radiomuenchen-themen/2013-04-04-17-32-41/2014-mrna-virusherkunft-shedding-und-andere-offene-fragen-update-ii-teil-2.html) jedoch darauf hin, dass die Dosierung des Impfstoffes keine Aussage darüber trifft, mit wie viel Spike-Proteinen das Immunsystem in Kontakt kommt, da es keine Daten darüber gibt, wie viele Proteine durch den Körper

aufgrund der mRNA produziert werden.

Eine der prominentesten Nebenwirkungen der Biontech-„Impfung“ ist die Myokarditis, also Herzmuskelentzündung. Diese mögliche Nebenwirkung der „Impfung“ erwies sich besonders bei männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren als **besonders hoch** (https://www.transparenztest.de/post/pei-daten-7faches-myokarditis-risiko-fuer-maennliche-12-17-jaehrige-warum-wird-pfizer-nicht-gestoppt). Eine norwegische **Analyse** (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133524/Skandinavien-mRNA-Impfung-gegen-COVID-19-mit-erhoehtem-Myo-und-Perikarditisrisiko-assoziiert) von 23 Millionen Einwohnern ermittelte ein erhöhtes Risiko für Myokarditis bei jungen Männern nach der Zweitimpfung. Für die neue Impfempfehlung bei Kindern ab 5 Jahren stellt sich die Datenlage bezüglich der Myokarditis wie folgt dar:

„Bislang gibt es global keine hinreichende Datenlage, um u. a. das Myokarditisrisiko vollständig abzuschätzen. Initiale Berichte lassen eine deutlich geringere Myokarditisinzidenzrate als bei Jugendlichen (ab 12 Jahren) und jungen Erwachsenen erwarten.“

> ***Eine weitere Verfälschung in der Datenerhebung bezüglich der Impfeffektivität geschieht, weil das RKI einfach Geimpfte weder in die Kategorie der Ungeimpften, der Grundimmunisierten oder der Geboosterten aufnimmt.***

Somit ist die Statistik bei Infektion nach Impfung (Impfdurchbrüchen) nicht aussagekräftig, da die einfach Geimpften nicht mitgezählt werden.

Der us-amerikanische Pionier der mRNA-Technik in der Impfstoffentwicklung, Dr. Robert Malone, fasst die **Risiko-Nutzen-Analyse der Covid-Impfung für Kinder** (https://blog.bastian-barucker.de/mrna-entwickler-raet-von-covid-impfung-bei-kindern-ab/) folgendermaßen zusammen:

„Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es für Ihre Kinder oder Ihre Familie keinen Nutzen hat, Ihre Kinder gegen die geringen Risiken des Virus zu impfen, wenn man die bekannten Gesundheitsrisiken des Impfstoffs bedenkt, mit denen Sie als Eltern und Ihre Kinder möglicherweise für den Rest ihres Lebens leben müssen.“

Fazit

Das Wohl des Kinder betrachtend, gilt es Folgendes festzustellen:

Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren sind bereits fast vollständig gegen Sars-Cov2 immun. Sie haben die Herdenimmunität erreicht und diese Immunität ist einer durch mRNA-Therapeutika injizierten überlegen. Covid-19 stellt für Kinder in dem Alter keine signifikante Krankheitsgefahr dar.

Bezüglich kommender Infektionswellen und der Weitergabe des Virus gilt es festzuhalten: Es gibt keine Evidenz dafür, dass die „Impfung" bei aktuellen Varianten einen Fremdschutz bewirkt, ihre Wirksamkeit ist nicht ansatzweise fundiert geprüft und über kurz- und langfristige Nebenwirkungen liegen keine gesicherten Kenntnisse vor. Die Empfehlung, gesunde Kinder in so jungen Jahren massenhaft zu „impfen" birgt ein **unbekanntes Risiko bei keinerlei nachgewiesenem Nutzen** (https://blog.bastian-barucker.de/volles-risiko-aber-kein-nutzen/). Die Empfehlung der STIKO scheint daher fast fahrlässig und mit der UN-Kinderrechtskonvention nicht vereinbar.

Es bleibt zu hoffen, dass viele Eltern sich umfangreich über die nicht vorhandene Evidenz dieser Empfehlung informieren, anstatt der STIKO blind zu vertrauen. Das Gleiche gilt für die Kinder- und Jugendärzte, die diese „Impfungen" durchführen. Kinder dürfen nicht zu Probanden eines Experiments mit unbekanntem Ausgang gemacht werden, bei welchem ihr Kindeswohl in Gefahr gebracht werden kann.

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.

Bastian Barucker ist Wildnispädagoge und Prozessbegleiter. Seit über 15 Jahren begleitet er Menschen bei ihrer Reise in die innere und äußere Natur. In einer Gruppe hat er ein Jahr in der nordamerikanischen Wildnis verbracht. Dort galt der Anspruch, sich so ehrlich wie möglich zu begegnen. 2009 gründete er die Wildnisschule Waldkauz. Seit 2011 nutzt er die Gefühls- und Körperarbeit nach Willi Maurer zur Selbsterfahrung und nach 3-jähriger Ausbildung leitet er seit 2015 Intensivphasen und Wochenenden mit Willi Maurer. Seit 2018 assistiert er in der Ausbildung in Gefühls- und Körperarbeit. In seiner jetzigen Heimat, dem wunderschönen Lassaner Winkel nahe der Ostsee, bietet er sowohl seine Wildnisarbeit als auch die Prozessbegleitung an: **www.bastian-barucker.de** (http://www.bastian-barucker.de).

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** (**Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.