10 Gründe gegen die Impfpflicht

(Zunächst sind die Gründe knapp dargestellt, im Folgenden ausführlich und mit Quellenangaben.)

1.

Die COVID-19-Impfung schützt ausweislich der offiziellen Angaben der Zulassungsbehörde EMA nicht vor Infektion und Weitergabe des Virus SARS-COV-2. Laut EMA ist nicht bekannt, inwieweit geimpfte Personen das Virus in sich tragen und weitergeben können. Alle COVID-19-Impfungen wurden von der EMA nur zum Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung zugelassen, d.h. zum Schutz vor einem schweren Verlauf nach Infektion mit SARS-CoV-2.

2.

Laut einer Harvard-Studie, die 68 Länder und 2947 Bezirke in den USA untersucht hat, gibt es keinen Zusammenhang zwischen den Infektionszahlen und der Impfquote. Im Gegenteil: Die Studie stellte sogar eine leichte Tendenz fest, dass mit zunehmender Impfquote auch die Infektionszahlen steigen. Die Ergebnisse der Studie stehen in Einklang mit den negativen Erfahrungen mancher Länder mit besonders hoher Impfquote (Gibraltar (etwa 100 %), Island, Irland, Portugal), die trotz hoher Impfquote einen Anstieg der Infektionszahlen verzeichnen. Ein positiver Effekt der Impfquote auf das Infektionsgeschehen ist nach dieser Harvard-Studie nicht belegbar.

3.

Die COVID-19-Impfung ist in keiner Weise mit der Masern- oder Pockenimpfung vergleichbar, da die COVID-19-Impfung im Gegensatz zur Masern- und Pockenimpfung gerade nicht vor Infektion und Weitergabe des Virus schützt: Die COVID-19-Impfung führt im Gegensatz zur Masern- und Pockenimpfung zu keiner sterilen Immunität. Ein positiver Effekt der COVID-19-Impfung auf das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 ist im Gegensatz zur Masern- und Pockenimpfung gerade nicht belegbar. Zudem liegt die Letalität bei Pocken um die 30 %, die Infektionssterblichkeit bei SARS-CoV-2 im Schnitt bei 0,23 % laut WHO. Schon aufgrund der unterschiedlichen Gefährlichkeit, aber auch aufgrund der völlig unterschiedlichen Art des Impfstoffs kann die Pocken- oder auch Masernimpfpflicht nicht als Vergleich herangezogen werden.

4.

Ausweislich der offiziellen Berichte vom August 2021 der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der englischen Gesundheitsbehörde PHE sowie laut

vier Studien weisen die Geimpften eine vergleichbar hohe Viruslast auf wie Ungeimpfte, wenn sie sich infizieren. Das bedeutet, dass geimpfte Menschen genauso ansteckend sind wie ungeimpfte Menschen, von geimpften Menschen eine vergleichbar hohe Ansteckungsgefahr ausgeht wie von ungeimpften.

5.

Ausweislich des Lageberichts des Robert Koch-Instituts (RKI) vom 25.11.2021 waren 56 % der über 60-jährigen hospitalisierten COVID-19-Patienten doppelt geimpft. Die Gesundheitsbehörde Wales wies zum 9.11.2021 aus, dass 83,6 % der hospitalisierten COVID-19-Patienten doppelt geimpft waren. Die Behauptung, dass sich hauptsächlich (und laut bayerischer Staatsregierung sogar 90 %) ungeimpfte Patienten wegen COVID-19 im Krankenhaus befinden, trifft nicht zu.

6.

Laut Bericht des Bundesrechnungshofes vom 9.6.2021 gab es im ersten Pandemiejahr 2020 keine Überlastung des Gesundheitssystems in Deutschland. Im Gegenteil: Es waren im Jahr 2019 sogar mehr Krankenhausbetten belegt als im Jahr 2020. Auch eine Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise vom 30.4.2021 des Beirats des Gesundheitsministeriums (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html) kommt zum Ergebnis, dass im Jahresdurchschnitt vier Prozent aller Intensivbetten mit Corona-Patienten belegt waren und die Pandemie zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung an ihre Grenzen gebracht hat. Ausweislich des Berichts des Bundesrechnungshofes und der Analyse des Beirats des Gesundheitsministeriums vom 30.4.2021 ist es im Rahmen der ersten, zweiten und dritten „Pandemiewelle“ zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems gekommen. Es stellt sich die Frage, warum es jetzt im Rahmen der vierten „Welle“ zu einer Überlastung kommen sollte, zumal jetzt 70 % der Menschen geimpft sind und somit vor einem schweren Verlauf geschützt sein müssten. Es dürfte daher zum jetzigen Zeitpunkt zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems kommen, wenn die COVID-19-Impfungen tatsächlich Schutz vor einem schweren Verlauf böten.

7.

Eine drohende Überlastung unseres Gesundheitssystems besteht auch in der jetzigen Lage nicht, da laut dem vom Robert Koch-Institut (RKI) verantworteten DIVI-Intensivregister kein Anstieg in der Gesamtauslastung der Intensivbetten zu verzeichnen ist. Vielmehr sind derzeit sogar etwas weniger Intensivbetten gesamt belegt als im April 2021. Darüber hinaus ist laut dem Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza auch kein Anstieg von akuten Atemwegserkrankungen zu

verzeichnen. Das Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen, zu denen auch COVID-19 zählt, bewegt sich im Bereich der Vorjahre 2017, 2018 und 2019.

8.

Laut dem epidemiologischen Bulletin der WHO vom Oktober 2020 beträgt die Infektionssterblichkeit von SARS-CoV-2 im Schnitt 0,23 %. Die Infektionssterblichkeit von 0,23 % entspricht der einer mittelschweren Grippe (Influenza). In den Vorjahren wurde während der Grippewellen keine Impfpflicht für erforderlich gehalten, sodass sich die Frage stellt, warum jetzt wegen COVID-19 eine Impfpflicht erforderlich sein soll. Dass SARS-CoV-2 weniger tödlich ist, als zunächst angenommen, wird auch dadurch bestätigt, dass laut Prof. Kauermann vom Institut für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München und einer Studie der Universität Duisburg-Essen es in Deutschland 2020 keine Übersterblichkeit gab.

9.

Ein Schutz der Allgemeinheit durch COVID-19-Impfung ist nicht belegbar (siehe Ausführungen unter Punkten 1 bis 3). Würde nur zum Individualschutz eine Impfpflicht eingeführt werden, müssten konsequenterweise auch Risikosportarten, Motorradfahren, Rauchen, Alkohol und besonders zuckerhaltige Getränke verboten werden. Jedem, der aufgrund seines risikoreichen Lebensstils oder aufgrund seines ungesunden Lebenswandels dann eine medizinische Behandlung benötigt, müsste diese verwehrt werden. Dies widerspricht einer freiheitlich demokratischen Grundordnung.

10.

Eine Impfpflicht wäre nur dann verfassungsmäßig, wenn es – von anderen Aspekten abgesehen – keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten von COVID-19 gäbe, sondern ausschließlich die COVID-19-Impfung als präventive Schutzmaßnahme zur Verfügung stünde. Dies erscheint zweifelhaft, da es wissenschaftliche Publikationen gibt, wonach durch eine Behandlung mit Ivermectin eine Krankenhausbehandlung um 75 bis 85 % reduziert werden kann. Ebenso gibt es positive Erfahrungswerte mit der Verwendung von Ivermectin bei COVID-19 aus einigen indischen Staaten, aus Mexiko und Peru. Die Prüfung, ob Ivermectin zur Behandlung von COVID-19 geeignet ist, ist noch nicht abgeschlossen und darf nicht behindert oder unterdrückt werden, was aber derzeit aus rein finanziellen Gesichtspunkten zu geschehen scheint. Auch der Bayerische Landtag hat sich in seinem Beschluss vom 24.6.2021 mit dem Einsatz von Ivermectin zur Behandlung von COVID-19 befasst. Solange jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann, dass mit Ivermectin eine alternative Behandlungsmöglichkeit von COVID-19 zur Verfügung steht, spricht das gegen

eine Impfpflicht. Der Gesetzgeber muss den Beweis erbringen, dass keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten neben der Impfung zur Verfügung stehen. Im Zweifel geht dies zu Lasten der Impfpflicht.

Zur Begründung im Einzelnen:

Eine COVID-19-Impfpflicht steht inWiderspruch zu den offiziellen Angaben der Zulassungsbehörde EMA und anderer Behörden (Robert Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI), amerikanische Gesundheitsbehörde CDC, englische Gesundheitsbehörde PHE, Gesundheitsbehörde Wales, WHO) sowie in Widerspruch zu den zahlreichen hier angeführten Studien.

I. Laut Zulassungsbehörde EMA und Paul-Ehrlich-Institut (PEI) kein Allgemeinschutz der COVID-19-Impfung und laut Harvard-Studie kein positiver Effekt der Impfungen auf Infektionsgeschehen

Die europäische Zulassungsbehörde führt zu allen vier COVID-19-Impfstoffen unter „authorisation details“ aus, dass die COVID-19-Impfstoffe zum Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung zugelassen sind. Auf die Frage, ob der Impfstoff vor Weitergabe des Virus schützt, gibt sie bei allen vier Impfstoffen an, dass dies nicht bekannt sei. Beispielhaft wird hier der Wortlaut insoweit zum Impfstoff Comirnaty/Biontech Pfizer aufgeführt (https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty) (ein ähnlicher, fast gleichlautender Wortlaut ist aber auch zu allen anderen drei COVID-19-Impfstoffen unter „authorisation details“ zu finden):

„Comirnaty is a vaccine for preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) in people aged 12 years and older. Comirnaty contains a molecule called messenger RNA (mRNA) with instructions for producing a protein from SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Comirnaty does not contain the virus itself and cannot cause COVID-19.”

„Can Comirnaty reduce transmission from one person to another?

The impact of vaccination with Comirnaty on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.”

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat seine offiziellen Angaben zur Schutzwirkung von COVID-19-Impfungen geändert. Früher hieß es dort, dass die COVID-19-Impfung vor Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus schütze. Diese Angabe wurde jetzt geändert in: „COVID-19-Impfstoffe sind indiziert zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung der durch das SARS-CoV-2-Virus verursachten COVID-19-Erkrankung“ (https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html;jsessionid=93CA11DF9ADF65868C21860DA05BA611.intranet211).

Weder die Zulassungsbehörde EMA noch das PEI sprechen mehr davon, dass die COVID-19-Impfungen vor Infektion und Weitergabe des Virus SARS-CoV-2 schützen. Vielmehr dient die COVID-19-Impfung laut EMA und RKI lediglich dem Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung, also einem schweren Verlauf nach Infektion mit dem Virus.

Zwar geht das RKI weiterhin davon aus, dass in der Summe das Risiko, dass Menschen trotz Impfung PCR-positiv werden und das Virus übertragen, auch unter der Deltavariante deutlich vermindert sei. Jedoch räumt das RKI jetzt ein, dass derzeit nicht genau quantifiziert werden könne, in welchem Maß die Impfung die Übertragung des Virus reduziert (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Transmission.html).

Generell stellt sich die Frage, welche zusätzlichen Daten/Studien das RKI gegenüber der Zulassungsbehörde EMA hatte, die es am Anfang zu der Angabe verleiteten, dass die COVID-19-Impfung vor Weitergabe des Virus schütze, obwohl dies gerade laut Zulassungsbehörde EMA nicht bekannt war. Mit dieser neuen Stellungnahme relativiert das RKI seine bisherigen Angaben zum Allgemeinschutz der Impfung, sodass selbst laut RKI ein Allgemeinschutz der COVID-19-Impfung nicht mehr sicher belegt werden kann.

Eine neue **Harvard-Studie**, die im European Journal of Epidemiology veröffentlicht wurde, untersuchte 68 Länder und 2947 Bezirke in den USA und stellte dabei **keinen Zusammenhang zwischen den Infektionszahlen und der Impfquote** fest. Im Gegenteil: Die Studie stellte sogar eine leichte Tendenz fest, dass mit zunehmender Impfquote auch die Infektionszahlen steigen (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481107/)

https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7). Der Artikel der Berliner Zeitung (https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/trotz-impfungen-europa-ist-das-epizentrum-der-pandemie-li.193730) zitiert die Harvard-Studie wie folgt: „Interessant ist, dass laut einer neuen Harvard-Studie der vor allem in Deutschland vorgetragene Zusammenhang von Impfquote und Neuinfektionen nicht kausal festgestellt werden kann. Die Studie, die im European Journal of Epidemiology erschienen ist, hat 68 Länder und 2947 Bezirke in den USA untersucht. Das Fazit der Autoren: Die Zahl der Corona-Infektionen steige in Ländern mit einer höheren Impfrate auf eine Million Einwohner gerechnet sogar leicht an."

Nach dieser Harvard-Studie ist jedenfalls ein **positiver Effekt der COVID-19-Impfkampagne auf das Infektionsgeschehen nicht belegt**. Es gibt sogar eine leicht negative Tendenz.

Zudem ist aufgrund der Harvard-Studie daran zu zweifeln, ob die COVID-19-Impfkampagne überhaupt eine positive Wirkung auf das Infektionsgeschehen hat. Die Ergebnisse der Harvard-Studie stehen in Einklang mit den Erfahrungen zahlreicher Länder (bspw. Island, Irland, Gibraltar, Portugal), die trotz hoher Impfquote (über 80 %) steigende Infektionszahlen verzeichnen. Die Luzerner Zeitung titelte dazu, dass bei den Impfvorreitern Israel und Island die Coronazahlen explodieren (https://www.luzernerzeitung.ch/international/impfwirkung-laesst-nach-island-und-israel-ploetzlich-explodieren-bei-den-impfvorreitern-die-corona-zahlen-ld.2172608).

Der Chefepidemiologe Gudnason von Island zeigte sich über die Wirksamkeit der Impfung enttäuscht (vgl. Luzerner Zeitung, aaO).

II. Keine Pandemie der Ungeimpften

1. Keine Mehrheit von ungeimpften COVID-19-Patienten im Krankenhaus

Es trifft nicht zu, dass die Mehrheit oder, wie es die Bayerische Staatsregierung behauptet, sogar 90 % der im Krankenhaus befindlichen COVID-19-Patienten ungeimpft sind.

Ein Beispiel aus dem Ausland: Laut den offiziellen Angaben der Gesundheitsbehörde von Wales waren von allen hospitalisierten COVID-19-Patienten zum 9.11.2021 83,6 % doppelt geimpft:

Table 4: Vaccine status in COVID-19 hospital inpatients as of 09/11/2021

Vaccine status at specimen collection	All Patients		Under 18		Aged 18- 60		Over 60	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Unvaccinated	96	12.8%	8	36.4%	52	34.9%	36	6.2%
Vaccinated- first dose only	7	0.9%	0	0.0%	3	2.0%	4	0.7%
Vaccinated- Both doses	625	83.6%	0	0.0%	92	61.7%	533	92.4%
Unknown	20	2.7%	14	63.6%	2	1.3%	4	0.7%
Total	**748**	**100%**	**22**	**100%**	**149**	**100%**	**577**	**100%**

NB: All of the 625 patients who were fully vaccinated before testing positive for COVID-19 all had their second vaccine dose 14 days or more before their specimen collection date. The median age of inpatient COVID 19 hospital inpatients, is 74 years (range 0-104)

https://www2.nphs.wales.nhs.uk/CommunitySurveillanceDocs.nsf/3dc04669c9e1eaa880257062003b246b/a4f536f72da3962b8025875a0031b3c8/$FILE/Survey%20of%20vaccine%20status%20in%20cases%20and%20hospital%20inpatients.pdf

Laut Wochenbericht des RKI vom 25.11.2021 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-25.pdf?__blob=publicationFile) (Seite 24) waren in der KW 43-46 von den symptomatisch erkrankten über 60-Jährigen 71,4 % doppelt geimpft. Wiederum 56 % der über 60-jährigen COVID-19-Patienten im Krankenhaus hatten zwei Impfungen, 46,4 % der über 60-jährigen COVID-19-Patienten auf Intensivstation waren doppelt geimpft und 52,5 % der über 60-Jährigen, die an COVID-19 verstorben sind, waren doppelt geimpft.

Es gibt auch lokale Unterschiede. So sind bspw. zwei Drittel der COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern in Hagen doppelt geimpft (https://www.wp.de/staedte/hagen/hagen-zwei-drittel-der-corona-patienten-in-kliniken-geimpft-id233754067.html). Der Klinikdirektor aus Ludwigshafen gab an, dass sowohl auf Normalstation in der Klinik als auch auf Intensivstation 50 % der COVID-Patienten geimpft und die anderen 50 % ungeimpft sind (https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ludwigshafen/interview-layer-lu-november-2021-100.html).

Zwischenzeitlich hat sich herausgestellt, dass die Zahlen in Bayern nicht zuverlässig sind, da Corona-Fälle, bei denen der Impfstatus unbekannt ist, als „ungeimpft“ eingestuft werden (https://www.welt.de/politik/deutschland/plus235499614/Corona-Kennzahlen-Empoerung-ueber-unbrauchbare-Inzidenz-Erhebung.html).

2. Viruslast bei Geimpften ähnlich hoch wie bei Ungeimpften

Ein Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 6.8.2021 stellt fest: „Insgesamt waren 274 (79 %) geimpfte Patienten mit einer Durchbruchsinfektion symptomatisch. Von fünf COVID-19-Patienten, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, waren vier vollständig geimpft; Todesfälle wurden nicht gemeldet. Die Zyklusschwellenwerte der Reverse-Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion

(RT-PCR) in Proben von 127 geimpften Personen mit Durchbruchsfällen waren mit denen von 84 ungeimpften Personen vergleichbar."
(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w).

Die Veröffentlichung der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England im PHE Technical Briefing 20 vom 6.8.2021 stellt fest, dass Geimpfte und Ungeimpfte gleich ansteckend sind: „PCR-Zyklusschwellenwerte (Ct) aus routinemäßig durchgeführten Tests in England zeigen, dass die Ct-Werte (und dem entsprechend die Viruslast) bei ungeimpften und geimpften Personen ähnlich sind."
(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf).

Dies deckt sich mit den Ergebnissen weiterer amerikanischer und britischer Studien:
(https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v2);
(https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infection-survey/finalfinalcombinedve20210816.pdf).

Eine am 10.8.2021 im Preprint im Fachjournal „The Lancet" veröffentlichte Studie (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733) kam sogar zu dem Schluss, dass geimpfte Personen bei Infektion mit der Delta-Variante eine 251-mal höhere Virenlast als Ungeimpfte in den Nasenlöchern haben als mit den früheren Varianten (sic!). Eine derart hohe Virenbelastung wurde bislang bei Ungeimpften nicht festgestellt. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Untersuchung von der renommierten Oxford University Clinical Research Group, die sich mit Durchbruchsinfektionen in einem Krankenhaus in Vietnam befasste.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie aus Großbritannien (https://www.kreiszeitung.de/lokales/hamburg/geimpfte-ansteckender-ansteckend-neue-corona-studie-viel-als-angenommen-zr-91085862.html?utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1636306979; https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2821%2900648-4/fulltext) bestätigt dies ebenfalls. Die Ergebnisse dieser Studie sind in der Zeitschrift „The Lancet Infectious Diseases" veröffentlicht worden. 602 Kontaktpersonen von 471 Corona-Infizierten wurden gebeten, über einen Zeitraum von 20 Tagen Proben der oberen Atemwege zu entnehmen. Diese Proben wurden von den Wissenschaftlern auf die Viruslast von vollständig geimpften Personen mit Delta-Infektion untersucht und dann mit denen ungeimpfter Personen mit Delta- sowie Alpha- und Prä-Alpha-Infektion verglichen.

Das Ergebnis ist eindeutig: Auch, wenn sie vollständig geimpft sind, haben Personen mit Durchbruchsinfektionen – so nennt man es, wenn sich Menschen trotz vollständiger Impfung mit dem Coronavirus infizieren und sogar erkranken – eine **ähnliche Spitzen-Viruslast wie Ungeimpfte**. Das heißt: Sie können das Virus wirksam auch auf vollständig geimpfte Kontaktpersonen übertragen. Ergo sind **Geimpfte laut der britischen Studie genauso infektiös wie Ungeimpfte**.

Es ist nicht nachvollziehbar, wie angesichts dieser erdrückenden Beweise (4 Studien und 2 Berichte von Gesundheitsbehörden) immer noch behauptet werden kann, dass von Ungeimpften eine höhere Gefahr ausginge als von Geimpften. Vielmehr ist doch aufgrund der gleich hohen Viruslast die Gefahr einer Ansteckung bei Geimpften wie Ungeimpften gleichermaßen gegeben, wenn nicht sogar bei den Ungeimpften geringer, da sich diese deutlich häufiger testen lassen (müssen) als Geimpfte.

III. Keine drohende Überlastung des Gesundheitssystems im ersten Pandemiejahr und während der ersten drei „Wellen“

Die Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise vom 30.4.2021 des Beirats des Gesundheitsministerium (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html) kommt zum Ergebnis, dass im Jahresdurchschnitt vier Prozent aller Intensivbetten mit Corona-Patienten belegt waren und die Pandemie zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung an ihre Grenzen gebracht hat.

Dass es keine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab, wird auch durch den Bericht des Bundesrechnungshofes (https://cdn.businessinsider.de/wp-content/uploads/2021/06/19-8745-BRH-Bericht-uber-Prufung-ausgewahlter-coronabedingter-Ausgaben-1.pdf) bestätigt, der für 2020 eine geringere Auslastung der Kliniken als für 2019 ausweist. Der Rechnungshofbericht zeigt, dass die Auslastung der Krankenhausbetten im letzten Jahr insgesamt sogar gesunken ist: von 75,1 % in 2019 auf 67,3 % in 2020. Auch bei der Intensivbelegung gab es einen Rückgang (von 69,6 % in 2019 auf 68,6 % in 2020).

Ferner ergab eine im März 2021 veröffentlichte Auswertung der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine historisch niedrige Bettenauslastung. Um die Maßnahmen der Bundesregierung zur Unterstützung der Krankenhäuser in der Coronapandemie bewerten zu können, wurden die Krankenhäuser in Deutschland dazu verpflichtet, ihre Daten auch unterjährig an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln. Die Analyse wertete diese Daten für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2020 aus und verglich sie mit den Daten des Vorjahres. Demnach sank die Zahl der nach DRG abgerechneten Behandlungsfälle um 13% von 19,2 auf 16,8 Millionen Fälle. Bis zur 10. Kalenderwoche (2. bis 8. Februar) gingen die Fallzahlen um 2% zurück, zwischen den Kalenderwochen 11 und 21 (9. März bis 24. Mai) um 30% und zwischen den Kalenderwochen 22 bis 50 (25. Mai bis 13. Dezember) um 10 %. Dabei war der Rückgang bei den kleineren (bis 299 Betten) und mittleren (300 bis 599 Betten) Krankenhäusern ausgeprägter als bei den größeren (ab 600 Betten) (https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung).

Die **WHO** veröffentlichte im Oktober 2020 ein epidemiologisches Bulletin, mit welchem sie eine **Infektionssterblichkeit von durchschnittlich 0,23 % bei SARS-CoV-2** anerkannte. Dies liegt im Bereich einer **mittelschweren Grippe** (Quellen: https://www.n-tv.de/wissen/COVID-19-weniger-toedlich-als-vermutet-article 22104272.html ; https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf).

Nach Prof. Kauermann vom Institut für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München (vgl. https://www.focus.de/gesundheit/news/massive-kritik-an-pandemie-behoerde-statistiker-holt-zur-rki-schelte-aus-corona-daten-eine-einzige-katastrophe_id_12927819.html) gab es 2020, entgegen dem statistisch Erwartbaren, **keine Übersterblichkeit** im Vergleich zu den vorangegangen vier Jahren. Prof. Kauermann: „Sie müssen wissen, dass der Jahrgang 1940, also der heute 80-jährigen, besonders geburtenstark war“, zitiert in „Die Welt“. Wegen dieser statistischen Ausgangslage hätte allein deswegen für 2020, im Vergleich zu den Jahren 2016-2019, mit einer um fast 50.000 höheren Todeszahl gerechnet werden müssen. Es gibt jedoch keine höheren Todeszahlen. Das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen stellte Untersuchungen betreffend die Städte Dortmund, Bochum und Essen hinsichtlich der Sterblichkeit im Jahr 2020 an. Die

Auswertung des Instituts ergab für die untersuchten Städte für 2020 sogar eine Untersterblichkeit (https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2021/juli-2021/keine-uebersterblichkeit-im-ruhrgebiet-im-jahr-2020). Wissenschaftler der Universität Duisburg-Essen stellten kürzlich fest, dass es in Deutschland im Jahr 2020 keine oder nur eine geringe Übersterblichkeit gab (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128372/Analyse-2020-keine-oder-nur-geringe-Uebersterblichkeit-in-Deutschland).

Es stellt sich die Frage, wenn es bereits in den ersten drei „Wellen" zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems kam, im Jahr 2020 keine Übersterblichkeit in Deutschland zu verzeichnen war und die Infektionssterblichkeit von SARS-CoV-2 laut WHO im Bereich einer mittelschweren Grippe liegt, warum es dann jetzt zu einer Überlastung des Gesundheitssystems kommen sollte. Eigentlich müsste sich die Situation bei einer Impfquote von 70 % doch sogar besser darstellen als im Vorjahr. Trotz Impfquote von 70 % verzeichnen wir derzeit jedoch höhere Infektionszahlen als im Jahr 2020 zum gleichen Zeitpunkt.

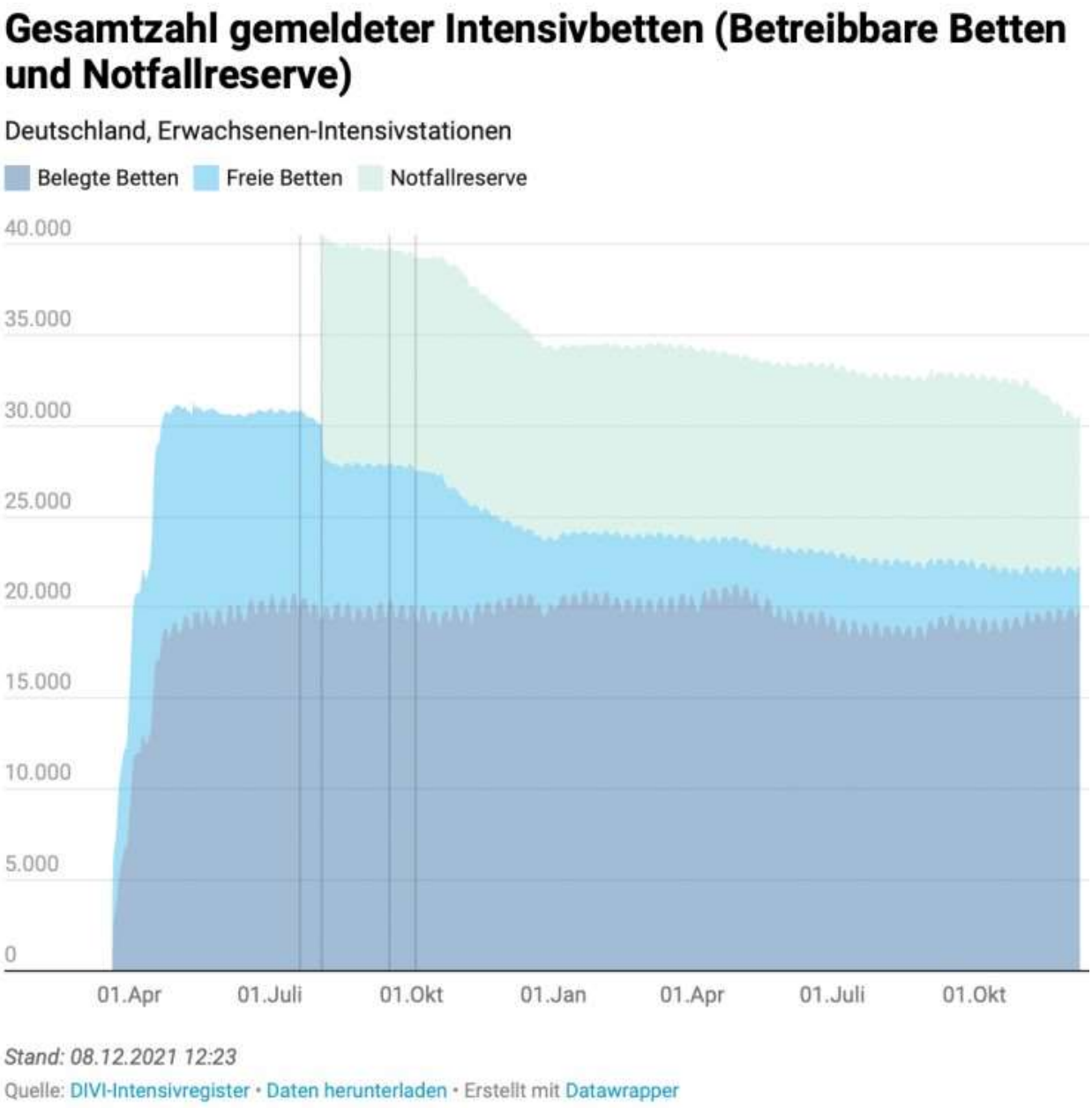
IV. Kein Anstieg von akuten Atemwegserkrankungen, kein Anstieg bei den belegten Intensivbetten

Die derzeit von der Politik propagierte Notlage stimmt nicht mit der tatsächlichen Lage überein. Aus den offiziellen Angaben des DIVI-Intensivregisters und der aktuellen Wochenberichte des RKI (Arbeitsgruppe Influenza) ergibt sich ein anderes Bild.

Aus dem DIVI-Intensivregister ist deutschlandweit kein Anstieg in der Gesamtauslastung der Intensivbetten zu erkennen.

Auszug aus dem DIVI-Intensivregister/Zeitreihen für Deutschland:

https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen



Die Gesamtzahl der belegten Betten befindet sich sogar unter 20.000 und damit sind weniger Intensivbetten belegt als im April 2021. Ein Anstieg in der Gesamtbelegung ist nicht zu erkennen. Zwar werden immer mehr Intensivpatienten positiv auf Corona getestet, jedoch nehmen in gleichem Maße alle anderen Intensivpatienten ab.

Von Mai 2020 bis April 2021 wurden 7000 Intensivbetten abgebaut (https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind_id_13167403.html). Dies ist auch deutlich aus dem DIVI-Intensivregister zu erkennen.

Anders als von der Politik behauptet, ist der Bettenabbau aber nicht allein auf die Kündigungen von Pflegekräften zurückzuführen. Während der Pandemie hat die Politik zudem nichts dagegen unternommen, dass mehrere Kliniken schließen mussten. Beispielhaft werden drei Kliniken aufgeführt, die in Bayern im Jahr 2020 geschlossen wurden:

Betrieb an den Standorten Waldsassen/Vohenstrauß wird eingestellt; Quelle: https://www.otv.de/waldsassen-vohenstrauss-betrieb-an-den-standorten-der-kliniken-nordoberpfalz-ag-wird-eingestellt-429727/;
Schön Klinik Nürnberg Fürth schließt; Quelle: https://www.infranken.de/lk/fuerth/schoen-klinik-nuernberg-fuerth-schliesst-ende-oktober-art-5040297 .

Zwar mag es sein, dass es im Freisinger Klinikum zu Engpässen gekommen ist und Patienten nach Bozen ausgeflogen werden mussten. Jedoch spiegelt dies nicht die bundesweite Situation auf den Intensivstationen wider. Denn in Nordrhein-Westfalen werden sogar 20 Patienten aus den Niederlanden aufgenommen.

Aus dem Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza des RKI (https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-48.pdf) ergibt sich kein Anstieg von akuten Atemwegserkrankungen im Vergleich zu den Vorjahren.

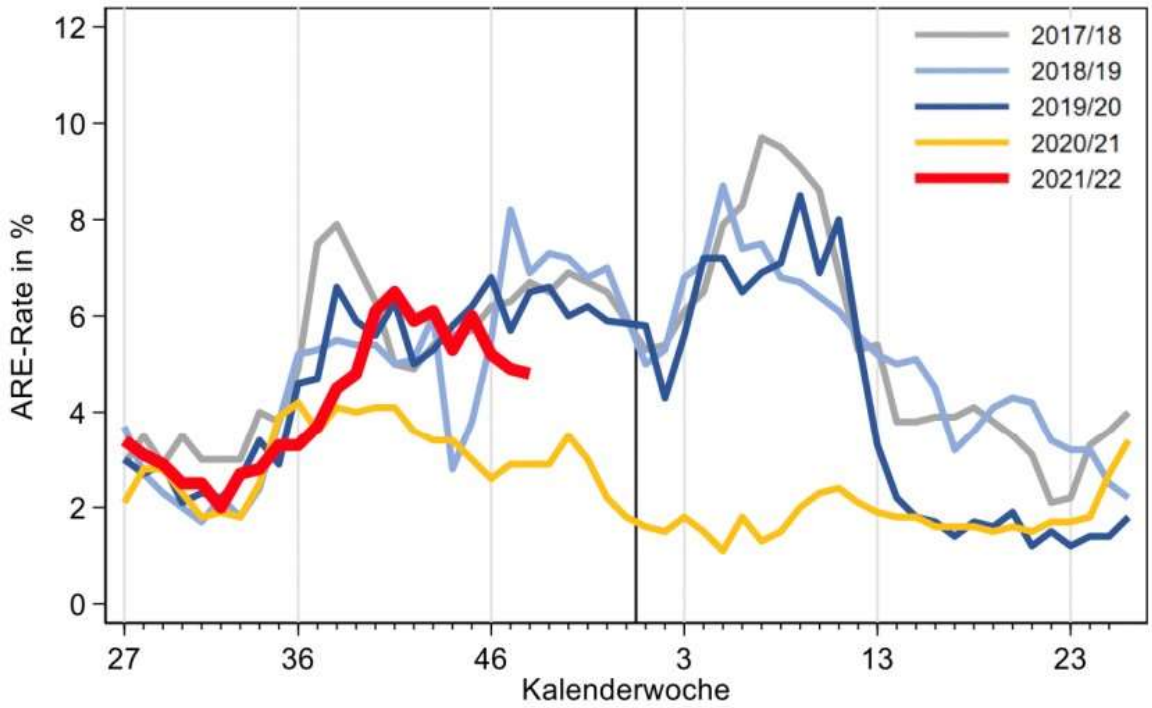


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2021/22, bis zur 48. KW 2021. Der senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Die Anzahl der Fälle von akuten Atemwegserkrankungen bewegt sich nach dieser Grafik im Bereich der Vorjahre 2017, 2018 und 2019.

V. Alternative Behandlungsmöglichkeit der COVID-19-Erkrankung mit Ivermectin

Es existieren wissenschaftliche Publikationen, wonach mit Ivermectin Krankenhausaufenthalte bei COVID-19 um 75- 85% reduziert werden können, (vgl. https://www.servustv.com/aktuelles/v/aa-28a3dbyxh1w11/; P.A. McCullough et al.: Multifacted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection. Reviews in cardiovascular medicine 21 (2020), 517-530. Pmid: 33387997; P.A. McCullogh et. al.: Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. Am.J.Med. 134 (2021), 16-22. Pmid: 32771461; https://www.researchgate.net/publication/348297284_Ivermectin_reduces_the_risk_of_death_from_COVID-19_-a_rapid_review_and_meta-analysis_in_support_of_the_recommendation_of_the_Front_Line_COVID-19_Critical_Care_Alliance_Latest_version_v12_-_6_Jan_2021; https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2052297521000883).

Zur Behandlung von COVID-19 mit dem Medikament Ivermectin gibt es insgesamt 88 peer reviewed Studien (vgl. https://c19ivermectin.com/). Einige indische Staaten haben positive Erfahrungswerte bei Verwendung von Ivermectin zur Behandlung von COVID 19 (https://tkp.at/2021/05/26/die-echtzeit-studie-von-ivermectin-in-indien/), ebenso die Länder Peru und Mexiko (https://www.multipolar-magazin.de/artikel/der-streit-um-ivermectin).

In Zweifel gezogen wird die Geeignetheit von Ivermectin zur Behandlung von COVID 19 -durch eine Metaanalyse von Cochrane mit dem Ergebnis, dass Ivermectin nicht zur Therapie und Vorbeugung von COVID-19 geeignet sei (https://www.achgut.com/artikel/ausgestossene_der_woche_wissenschaft_hausarzt_historiker_opernregisseur). Der Intensivmediziner und Lungenspezialist Pierre Kory aus den USA sprach sich in einer Expertenanhörung am 8.12.2020 im Ausschuss des US-Senats für eine Verwendung von Ivermectin zur Behandlung von COVID-19 aus und verwies darauf, dass die Datenlage ausreichend sei, um Ivermectin offiziell für die Nutzung gegen Covid-19 zu empfehlen (https://www.multipolar-magazin.de/artikel/der-streit-um-ivermectin). Der Arzt Kory erhob in dieser Anhörung auch den Vorwurf, dass der Einsatz von Ivermectin unterdrückt werde, da mit diesem Medikament nicht so viel Profit zu machen sei wie mit dem teureren Medikament Remdesivir und den teureren COVID-19-Impfungen (vgl. Quelle multipolar, wie zuvor).

Der Bayerische Landtag hat am 24.6.2021 (http://www1.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP18/Drucksachen/Folgedrucksachen/0000012000/0000012213.pdf) zum Einsatz des Wirkstoffes Ivermectin Folgendes beschlossen:

„Die Staatsregierung wird aufgefordert, den Bund um Prüfung zu bitten,

- ob durch eine Förderung von klinischen Prüfungen mit Ivermectin gegen COVID-19 durch die Bundesregierung zum einen die Behandlung von COVID-19-Patienten im Rahmen von klinischen Prüfungen ermöglicht werden kann und zum anderen rasch aussagekräftige Daten für eine weitere Beurteilung gewonnen werden können,
- ob (unter der Voraussetzung des Vorliegens wissenschaftlich überzeugender Daten aus klinischen Prüfungen) eine Beschaffung von Ivermectin-haltigen Arzneimitteln durch den Bund zur Behandlung von COVID-19 erfolgen sollte, analog zum Verfahren bei Bamlavinimab der Firma Eli Lilly bzw. Casirivimab und Imdevimab zur gemeinsamen Verabreichung der Firmen Roche/Regeneron.“

Es ist nicht nachvollziehbar, wie angesichts dieses offiziellen Beschlusses des Bayerischen Landtags nun von den Medien behauptet wird, dass es sich bei Ivermectin um ein „Pferdemittel“ handelt. Aufgrund dieses offiziellen Beschlusses des Bayerischen Landtages kann jedenfalls nicht in Abrede gestellt werden, dass die Politik über eine alternative Behandlungsmöglichkeit mit Ivermectin informiert ist.

Anmerkung: Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und die alleinige Wahrheit. Es geht darum, die frappierendsten Widersprüche zu offiziellen behördlichen Angaben bei Darstellung in Politik und Medien aufzuzeigen. Diese Widersprüche müssen aufgelöst und können nicht einfach ignoriert werden. Solange sie bestehen, ist die Einführung einer Impfpflicht bereits alleine deshalb nicht verfassungsgemäß.

Autoren:

KRiStA - Netzwerk kritischer Richter und Staatsanwälte
https://netzwerkkrista.de/2021/12/10/10-gruende-gegen-die-impfpflicht/
Datum 10. Dezember 2021