

5. April 2022

Sehr geehrte Bundestagsabgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren,

diesen Donnerstag beraten Sie im Bundestag Entwürfe zur Impfpflicht gegen Sars-CoV-2. Als eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich der Recherche und Bereitstellung aktueller Studien rund um Sars-CoV-2 widmet, möchten wir Sie aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnislage unbedingt darum bitten, einer Impfpflicht *nicht* zuzustimmen.

Die Entwürfe für eine Impfpflicht gehen in der Begründung von falschen, fehlerhaften oder bereits widerlegten Annahmen aus. Wir möchten darauf hinweisen, dass wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse und Auswertungen aus offiziellen Quellen bislang ignoriert werden und Debatten in Medien und Politik daher oft auf falschen oder veralteten Annahmen beruhen.

Die Überlegung, eine Impfpflicht für eine bestimmte Altersgruppe einzuführen, ist mit der vorhandenen Datenlage nicht zu begründen. Eine Impfpflicht für eine bestimmte Altersgruppe ignoriert alle Argumente, die für eine andere Gruppe anerkannt werden (zum Beispiel für jüngere Menschen). So würde etwas, das für alle Menschen ungeeignet zu sein scheint, bestimmten Menschen aufgezwungen.

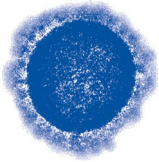
DIE IMPFSTOFFE SIND NICHT SICHER

Es gibt starke Indizien dafür, dass die Risiken der COVID-19-Impfstoffe massiv unterschätzt werden. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) erhielt bis heute über 245.000 Meldungen von Nebenwirkungen und mutmaßlich von über 2.250 Toten im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung. Dabei muss ein besonderes Augenmerk dem passiven Meldesystem¹ gelten, denn die Anzahl der offiziellen Nebenwirkungsverdachtsfälle je Millionen Impfdosen liegt mindestens 20-fach höher als bei anderen großflächig ausgebrachten Impfungen. Eine noch höhere Anzahl von schwerwiegenden Nebenwirkungsmeldungen (und die Dunkelziffer) wird durch Krankenhaus-Abrechnungsdaten erfasst.

In diesem Zusammenhang sollten auch die Hinweise beachtet werden, die der BKK-Vorstand ProVita, Andreas Schöffbeck, zur Untererfassung in der PEI-Datenbank gab. Aktuellen Zahlen zufolge litten in Deutschland vermutlich 2,5 bis 3 Millionen Menschen an z. T. erheblichen Impfnebenwirkungen. Im europäischen Bereich lagen die Zahlen laut der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) Ende November 2021 bei rund 2.800.000 gemeldeten Impfschäden (die Hälfte davon schwer) und rund 30.000 mutmaßlichen Todesfällen. Auch hier wird die Melderate auf rund 5 bis 10 Prozent geschätzt.

DIE GEFÄHRLICHKEIT VON CORONA

Die Infektionssterblichkeit von Sars-CoV-2 lag nie in einem auch nur ansatzweise



bedrohlichen Bereich. Inzwischen verorten die Medien die Infektionssterblichkeit von Sars-CoV-2 unterhalb der der saisonalen Grippe. Das bedeutet: Eine Impfstoffentwicklung hatte aus medizinischen Gründen nie Priorität.

Nach bekannten WHO-Daten lag die Sterblichkeitsrate unter den Sars-CoV-2-Infizierten (*infection fatality rate*) 2020 im Weltdurchschnitt bei ca. 0,2 Prozent. Diese Zahl variiert zwischen Ländern und für Europa werden Zahlen von 0,25 bis 0,4 Prozent angenommen. Diese Zahlen unterscheiden nicht zwischen den Sterbefällen „an“ und „mit“ Corona. Dabei bestehen grosse Altersunterschiede in der Sterblichkeit (stark sinkend bei den unter 70-Jährigen, bis hin zum Faktor 1000). Zudem hatte ein Großteil der Verstorbenen mindestens eine ernsthafte Vorerkrankung.

SCHWACHE WIRKSAMKEIT DER IMPFSTOFFE

Impfungen erzielen keine vollständige Immunisierung und die Wirkdauer lässt immer schneller nach. Auch Erst-, Zweit- und „Booster-Immunisierte“ können selbst erkranken und Mitmenschen infizieren. Immer mehr geimpfte Menschen müssen stationär aufgenommen werden oder können sogar – wie jetzt offizielle Zahlen aus England eindrucksvoll belegen – sterben. Diese Zahlen zeigen auch, dass Menschen mit Booster-Impfung mindestens das gleiche, wenn nicht sogar ein leicht höheres Risiko haben, sich mit Omikron anzustecken wie Nichtgeimpfte. Gerade ein derartiges „Impf-Abo“ ist besonders bedenklich, da die Impfwirkung mit jeder weiteren Auffrischungsimpfung schwächer wird (Stichwort „Immunsättigung“) und die Immunflexibilität abzunehmen scheint – mit kaum abschätzbaren Folgen für das Funktionieren des Immunsystems. Auch die EMA hat dazu bereits Bedenken geäußert.

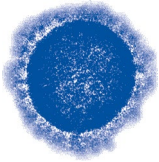
KEINE ÜBERLASTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Es wird das Argument verwendet, dass eine Impfpflicht benötigt würde, um eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Die immer wieder kolportierte These von einer Überlastung des Gesundheitssystems war zwar in einzelnen Krankenhäusern und damit punktuell Realität, aber eine systemische Überlastung drohte nicht. Und es ist unwahrscheinlich, dass dies in der Zukunft auftreten wird.

INDIVIDUELLE RISIKOPROFILE UND ENTSPRECHENDE STUDIEN

Sowohl COVID-19-Risiken wie auch Impfnebenwirkungen unterscheiden sich erheblich nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankung. Daher muss jeder seine persönliche Impfscheidung differenziert nach seinem persönlichen Risikoprofil treffen dürfen.

Da es folglich neben den oben aufgeführten Argumenten auch Optionen sowohl bezüglich potenzieller Prophylaxe als auch frühzeitiger Therapie gegen COVID-19 gibt, darf neben den medizinischen, ethischen, verfassungsrechtlichen sowie



menschenrechtlichen Erwägungen einer Impfpflicht keinesfalls zugestimmt werden.

Viele der oben erwähnten Studien finden Sie auf unserer Website:
<https://coronastudies.org>.

Der Übersichtlichkeit halber finden Sie dieses Schreiben auch als PDF im Anhang.

Mit freundlichen Grüßen

Gruppe Corona Studies

- 1 In einem passiven Meldesystem kommt es nur dann zu einer Meldung, wenn die Person eine gesundheitliche Reaktion erleidet, die in zeitlichem Zusammenhang auftritt, oder so schwer und ungewöhnlich ist, dass der Verdacht einer Kausalität mit der Impfung aufkommt. Darum kommt es zu einer systematischen Untererfassung. Es ist in der wissenschaftlichen Literatur gut dokumentiert, dass Meldungen zu Medikamenten-Nebenwirkungen unter einer beträchtlichen Unterermeldung bzw. einer großen Dunkelziffer leiden, da es für Arzt und Patienten oft mit zusätzlichem Mehraufwand verbunden ist. Ein systematischer Review von Hazell & Shakir (2012) mit über 37 Studien kam auf einen Median von 6 % Erfassungsquote. Lazarus, Klompas et al. (2009) berichten in einer groß angelegten Studie Untererfassungsquoten von 1-10 % für Nebenwirkungen von gewöhnlichen Medikamenten. Weitere Informationen unter:
<https://wiges.org/impfn Nebenwirkungen>