

Wehrbeschwerdeverfahren
BVerwG 1 WB 46.22 und BVerwG 1 W-VR 15.22
BVerwG 1 WB 4.22 und 1 W-VR 2.22

Analyse zum Schreiben des Sanitätsdienst Kommandos der Bundeswehr

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Oliver Hirsch und Ulf Lorré für ihre Hilfestellungen bei der statistischen Analyse.

Inhalt

Inhalt.....	2
1. Bezug: Frage 1 (Frage der Lageänderung).....	3
1.1. Meldedaten des Robert-Koch-Instituts.....	3
1.2. Meldedaten zu positiven SARS-CoV-2 Testungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr.....	4
1.3. Krankmeldungen gemäß Barmer-Pflegereport 2022.....	4
2. Bezug: Frage 3 (Gefahrenlage).....	4
3. Bezug: Frage 4 (Ist Covid-19 eine ernstzunehmende Krankheit?).....	8
3.1. Kontext zwischen Covid-19 Erkrankung und der Impfkampagne.....	8
3.2. Behandlungsansätze für Covid-19.....	11
3.3. Long Covid und Post Vac Syndrom.....	12
3.4. Unerklärter Geburtenrückgang in Deutschland und Europa.....	14
4. Bezug: Anlage 3, Beweisthema 3.....	18
4.1. Korrelation zwischen Defizit an Lebenserwartung und Impfquoten.....	18
4.2. Zeitlicher Bezug zwischen Übersterblichkeit und verabreichten Impfdosen.....	22
4.3. Sicherheitssignale aus den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	26
5. Quellen:.....	27

Legende: [A] – Quellenangaben im Text, siehe Quellenverzeichnis

1. Bezug: Frage 1 (Frage der Lageänderung)

Prof. Dr. Kehe bestätigt in seinen Ausführungen zu Frage 1 die Annahme, „dass - bezogen auf duldungspflichtige Impfungen - sowohl hinsichtlich Auffrischimpfungen, Impfschemata und der in der Bundeswehr verwendeten Vakzine keine Lageänderung aktuell zur Lage bei Verkündung von Bezug 2. am 07.07.2022 besteht.“¹

Dieser Ansicht widersprechen die folgenden Daten, die ein verändertes Lagebild bezogen auf duldungspflichtige Impfungen gegen das SARS-CoV-2 Virus abbilden.

1.1. Meldedaten des Robert-Koch-Instituts

Gemeldete Covid-19 Infektionen und Todesfälle bis zum Beginn der Impfmaßnahmen²

Zeitraum: 09.03.2020-31.12.2020 (297 Tage)

Vom RKI gemeldete Covid-19 „Fälle“ [Quelle A]: 1.719.737 (5.790 pro Tag)

Vom RKI gemeldete Covid-19 Todesfälle [A]: 33.071 (5,7 pro Tag)

Vom RKI gemeldete PCR-Testungen [B]: 36.088.129 (121.509 pro Tag)

Mittlere Positivrate der Tests [B]: 4,4%

Gemeldete Covid-19 Infektionen und Todesfälle bis zur Phase der 1. Auffrischimpfungen³

Zeitraum: 01.01.2021-31.10.2021 (303 Tage)

Vom RKI gemeldete Covid-19 „Fälle“: 2.877.813 (9.498 pro Tag)

Vom RKI gemeldete Covid-19 Todesfälle bis zum 31.12.2020: 62.658 (6,6 pro Tag)

Vom RKI gemeldete PCR-Testungen: 43.297.608 (142.896 pro Tag)

Mittlere Positivrate der Tests: 7,0%

Gemeldete Covid-19 Infektionen und Todesfälle seit den 1. Auffrischimpfungen

Zeitraum: 01.11.2021-20.11.2023 (749 Tage)

Vom RKI gemeldete Covid-19 „Fälle“: 34.014.912 (45.414 pro Tag)

Vom RKI gemeldete Covid-19 Todesfälle bis zum 31.12.2020: 82.006 (1,8 pro Tag)

Vom RKI bis 18. Juni 2023 gemeldete PCR-Testungen: 73.061.802 (142.896 pro Tag)

Mittlere Positivrate der Tests bis 18.06.2023: 33,6%

Auswertung:

- Die durchschnittliche Rate positiver Tests pro Tag stieg in der ersten Impfphase der Grundimmunisierung um den Faktor 1,6.
- Die durchschnittliche Rate der Todesfälle pro Tag stieg in der ersten Impfphase um 15,8%
- Die durchschnittliche Rate positiver Tests pro Tag stieg seit Start der 1. Auffrischimpfungen um den Faktor 7,8.
- Die durchschnittliche Rate der Todesfälle pro Tag sank seit Start der 1. Auffrischimpfungen um den Faktor 3,2.

Deutung:

- Bezüglich der massiven Steigerung der Fallzahlen mit positivem Test in der Phase der Auffrischimpfungen muss von einer Umstellung der Testsensitivität ausgegangen werden. Ohne Gegenüberstellung der verwendeten Reproduktionsfaktoren (CT-Werte) in den betrachteten Phasen ist eine realistische Einschätzung der Fallzahlen nicht möglich. Von einem infektionsreduzierenden Effekt der Impfung kann offensichtlich keine Rede sein.

- In der Phase der Grundimmunisierungen steigern sich die durchschnittlichen Infektions- und Todesfälle. Es ist keinerlei Hinweis auf einen Impfschutz zu erkennen.
- Die sinkende Rate der Todesfälle seit Start der Auffrischimpfungen lässt sich keineswegs monokausal auf die Impfung zurückführen. Nach der heftigen Sterbewelle im Dezember 2022 haben insbesondere epidemiologische Einflüsse wie eine hohe Durchseuchungsrate sowie Harvesting-Effekte⁴ durch Fortfall bereits im Dezember verstorbener multimorbider Risikogruppen einen Einfluss auf den Rückgang der Todesfälle.

1.2. Meldedaten zu positiven SARS-CoV-2 Testungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Die parlamentarische Staatssekretärin Siemtje Möller meldete auf Anfrage des Abgeordneten Thomas Dietz, MdB folgende jährlichen Fallmeldungen von SARS-CoV-2 Infektionen bei Soldatinnen und Soldaten, die mit positivem Testnachweis nachgewiesen wurden.⁵

- 2020: 3.158 (31. Dezember 2020),
- 2021: 10.089 (31. Dezember 2021),
- 2022: 92.904 (31. Dezember 2022),
- 2023: 10.726 (30. September 2023).

Deutung:

Die gemeldeten Infektionszahlen zeigen eine Verdreifachung der internen Fallzahlen im ersten Impfstoffjahr. Die weitere Steigerung um den Faktor 9 im Jahr 2022, bzw. etwa Faktor 29 im Vergleich zu 2020, spricht vollkommen gegen einen Schutz der Einsatzfähigkeit der Truppe. Im Gegenteil, der durch die Impfung erzeugte Eingriff führte erkennbar zu einer Schwächung der Immunabwehr, was sich in der extremen Häufung infektionsbedingter Ausfälle zeigte.

1.3. Krankmeldungen gemäß Barmer-Pflegereport 2022

Der Barmer-Pflegereport 2022 alarmierte die Öffentlichkeit in seiner Presseerklärung vom 25.05.2023⁶ angesichts einer Steigerung der erfassten Arbeitsunfähigkeiten im März 2022 um den Faktor 14 gegenüber dem März 2021. Die Steigerung im Juli 2022 lag fast 40mal so hoch wie im Jahr zuvor. Diese Arbeitsunfähigkeiten werden weiterhin im Kontext von Corona gesehen, obwohl sich auch im verpflichtend geimpften Bereich der Pflegekräfte keinerlei Nutzen der Impfmaßnahmen erkennen lässt.

Deutung:

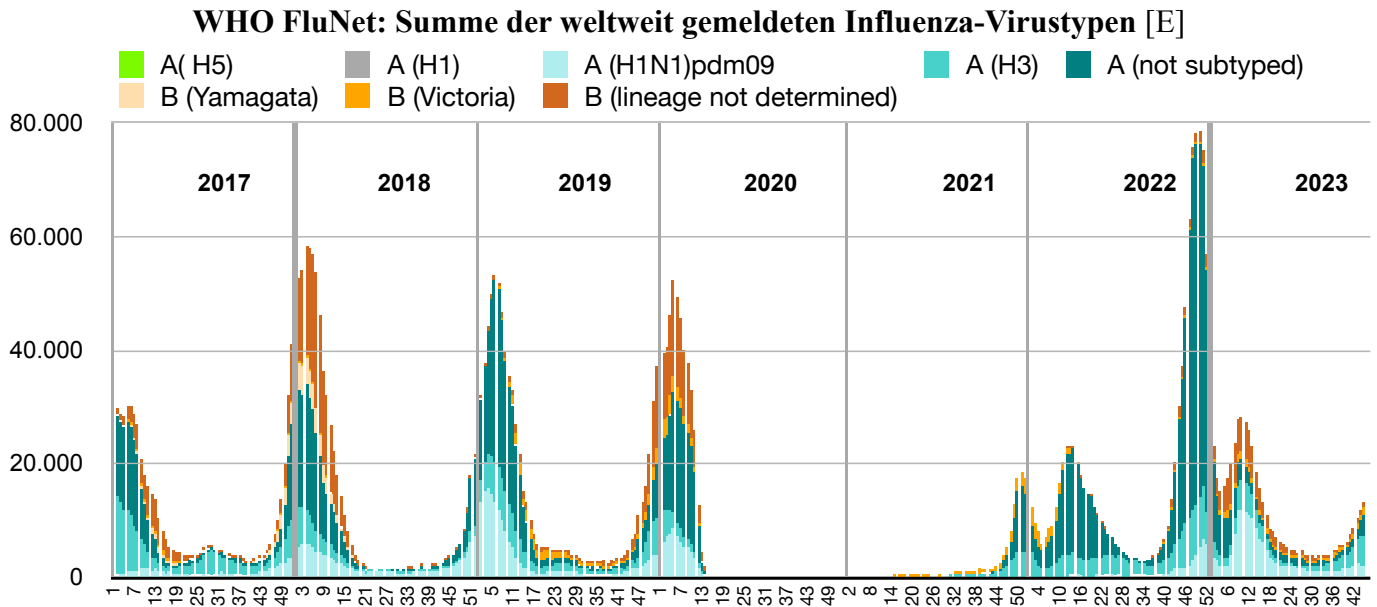
Angesichts der massiv gesteigerten Infektionszahlen im Zuge der Impfkampagne, die sich aus der nationalen Datenlage, der internen Berichte der Bundeswehr und des Barmer-Pflegereports ergibt, muss das Impfkonzept grundsätzlich in Frage gestellt werden. Es muss stattdessen von Negativeffekten der Impfung auf den Verlauf des Infektionsgeschehens ausgegangen werden. Angesichts der gemeldeten infektionsbedingten Ausfälle bei der Bundeswehr muss im Hinblick auf die Einsatzfähigkeit der Truppe eine sofortige Beendigung weiterer Impfmaßnahmen gefordert werden. Ohne multikausal ausgelegte wissenschaftliche Studien auf valider Datenlage zur Klärung erkennbarer Negativeffekte der Impfung ist eine Fortsetzung der Impfmaßnahmen abzulehnen.

2. Bezug: Frage 3 (Gefahrenlage)

Die Argumentation des Sachverständigen der Bundeswehr beruft sich zum Nachweis einer allgemeinen Gefahrenlage auf die Hospitalisierungs-, Todesfallmeldungen und Inzidenzzahlen des RKI. Die von Prof. Dr. Kehe nicht näher konkretisierten Daten zeigen aber bis zum Beginn der Impfkampagne keine allgemeine Bedrohung durch das Coronavirus. Dies wurde von Prof. Dr. Stefan Homburg am 11.11.2023⁷ beim 2. Corona-Symposium im Deutschen Bundestag anhand der Daten des

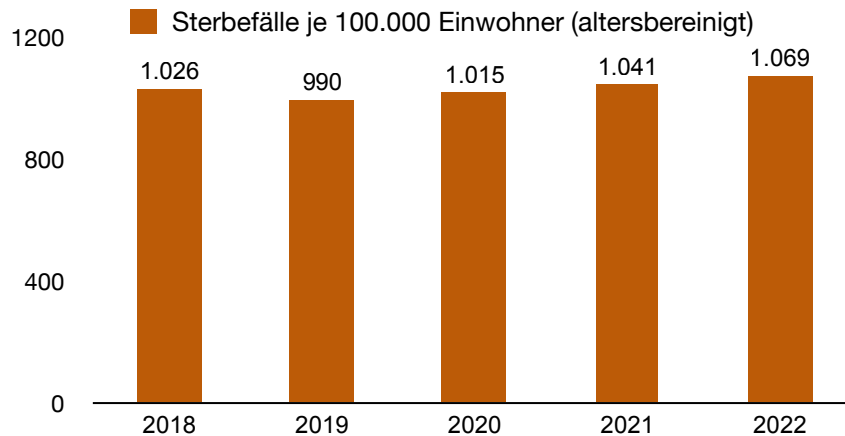
RKI und des Statistischen Bundesamtes belegt. Im Folgenden führe ich über den Bezug zum Vortrag von Prof. Dr. Homburg hinaus folgende Teilaspekte näher aus:

- a) Die Klinikbelegung sank im Jahre 2020 gemäß Bericht des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung⁸ bundesweit auf ein Allzeittief.
- b) Es gab 2020 und 2021 nicht mehr schwere Atemwegserkrankungen als üblich, dabei kam Corona neu hinzu, wogegen die Influenza gemäß der Sentineldaten des RKI⁹ in Deutschland und der FluNet Surveillance Information der WHO¹⁰ auch weltweit verschwand.



Grafik 1

- c) Gemäß Gesundheitsberichterstattung des Bundes starben 2020 altersstandardisiert nicht mehr Menschen als sonst. Erst seit 2021 nimmt die Sterblichkeit zu. [F]

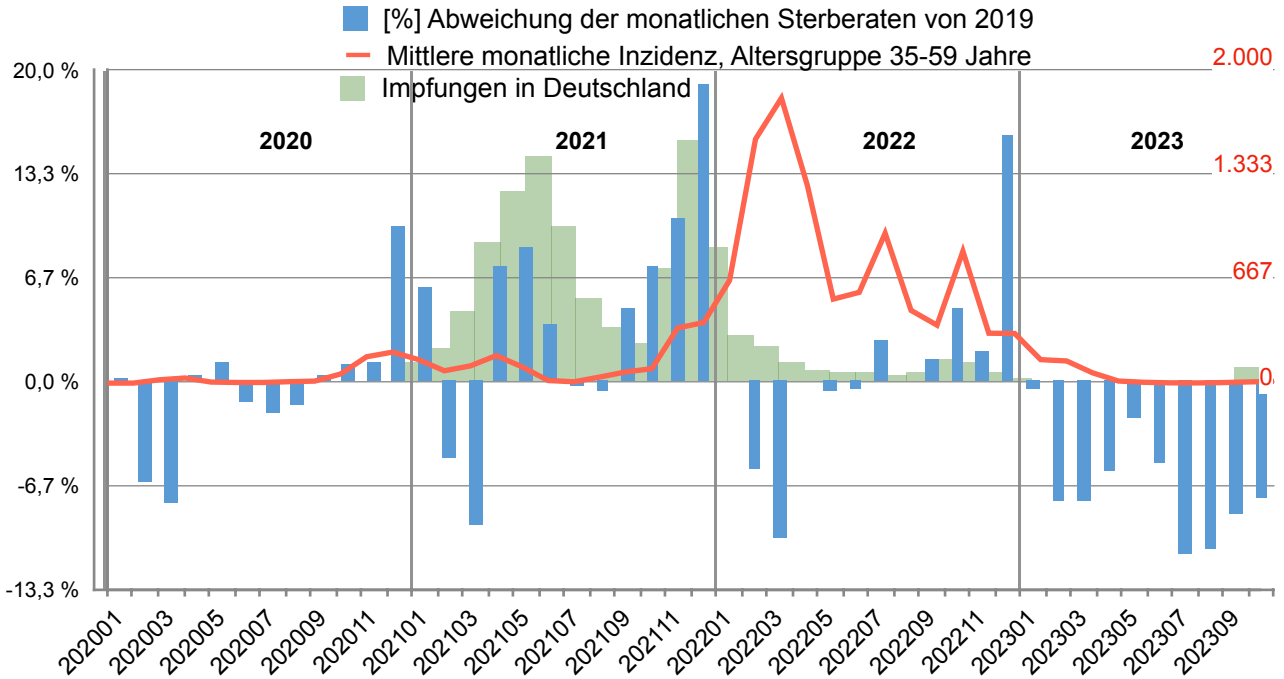


Grafik 2

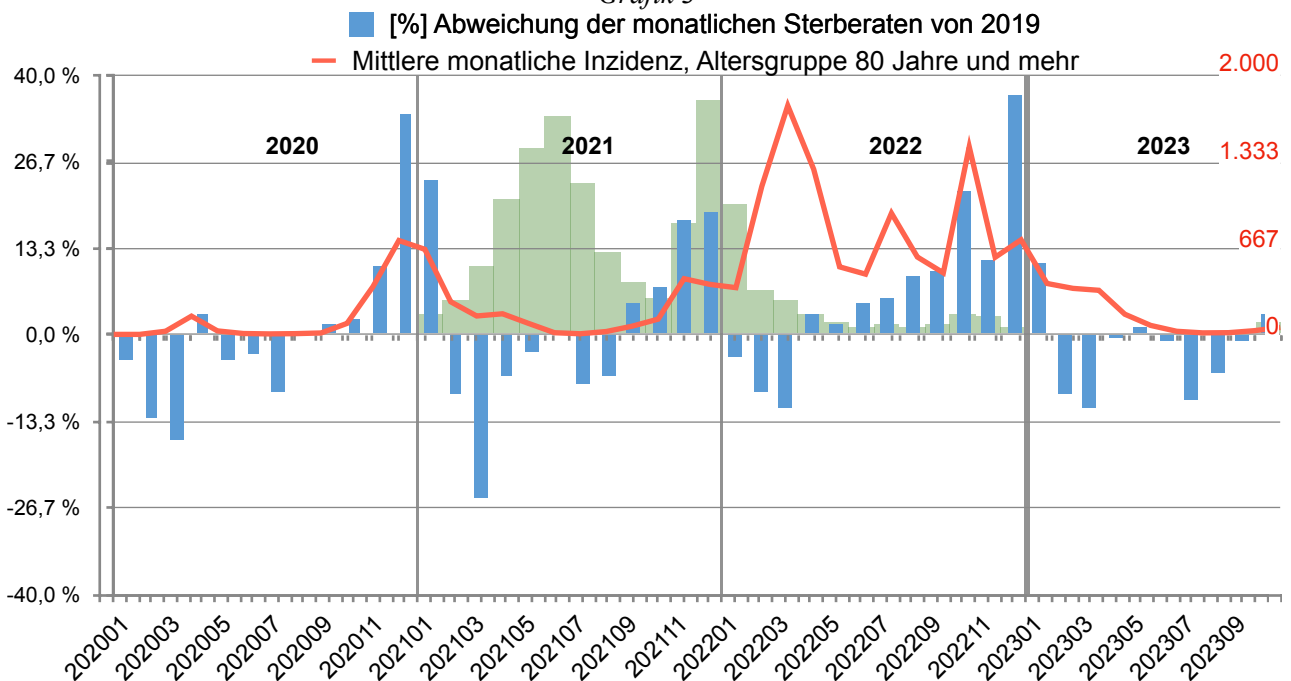
- d) Menschen, die mit oder an Corona starben, waren gemäß Lagebericht des RKI¹¹ im Mittel 83 Jahre alt, die übrigen Verstorbenen 82 Jahre, was sich aus den Daten des Statistischen Bundesamtes ergibt.¹²
- e) Die Höhe der 7-Tages-Inzidenzen erlaubt aufgrund ständig wechselnder Teststrategien keine Beurteilung der Bedrohungslage. Im ersten Quartal 2022 lagen die 7-Tages-Inzidenzen auf Maximalwerten, während gleichzeitig die altersspezifischen monatlichen Sterberaten der Altersgruppen 35-59 und 80+ niedriger als im Jahr 2019 lagen. Die gegenüber dem Vorjahr erhöhten Sterberaten bei den 35-59-Jährigen korrelieren dagegen stark mit den Impfungen der

Grundimmunisierung (Monate 4-6/2021), der ersten Auffrischimpfung (Monate 9-12/2021) und der zweiten Auffrischimpfung (Monate 9-12/2022). Analogien zeigen sich bei den über 80-Jährigen zur ersten Auffrischimpfung (Monate 9-12/2021) und in durchgehend erhöhten Sterberaten ab April 2022 bis Januar 2023. Das bereits in der Studie von Christof Kuhbandner und Matthias Reitzner¹³ nachgewiesene Übersterblichkeit, die eigentlich nur durch die Impfkampagne erklärt werden kann, findet hier ihre Bestätigung. **Das erfordert bis zum eindeutigen Ausschluss lebensbedrohlicher Schädwirkungen durch die Impfungen den sofortigen Stopp der Impfduldungspflicht bei der Bundeswehr.**

Inzidenzen und Änderung der monatlichen Sterberaten gegenüber 2019 [C, D, E]



Grafik 3



Grafik 4

Berechnung jährlicher altersspezifischer Sterberaten in den Altersgruppen

verstorben	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Rang 2020	Rang 2021	Rang 2022
0-14	3.577	3.249	3.293	3.255	3.442	3.797	3.573	3.613	3.556	3.306	3.368	3.447	9	8	6
15-29	4.990	4.652	4.474	4.311	4.589	4.372	4.155	4.202	3.969	3.844	3.934	4.112	12	11	9
30-34	2.608	2.451	2.591	2.546	2.788	2.690	2.713	2.637	2.635	2.607	2.670	2.756	9	5	2
35-39	3.564	3.349	3.464	3.417	3.613	3.717	3.752	3.833	3.899	4.061	4.142	4.304	3	2	1
40-44	7.948	7.403	6.811	6.231	6.083	5.852	5.314	5.547	5.435	5.803	6.175	6.391	9	6	4
45-49	15.382	14.890	14.550	13.653	13.409	12.792	11.752	11.060	10.140	9.704	9.920	9.200	11	10	12
50-54	24.012	23.848	24.400	23.992	24.213	23.592	22.882	22.654	21.415	20.808	21.146	19.812	11	10	12
55-59	33.136	32.785	33.820	33.296	34.940	35.433	35.073	36.452	35.552	36.523	38.204	37.008	3	1	2
60-64	43.202	44.447	46.113	45.859	47.758	47.458	47.691	49.584	48.966	50.936	54.781	55.717	3	2	1
65-69	56.576	53.653	54.161	51.883	56.656	60.803	62.730	65.660	65.504	67.524	72.000	73.447	3	2	1
70-74	99.387	99.018	97.568	90.803	87.833	78.466	75.588	75.437	73.890	78.728	89.031	93.819	8	6	4
75-79	117.133	121.509	129.725	131.004	139.965	138.767	139.232	137.300	129.065	123.229	115.808	112.962	8	11	12
80-84	151.469	153.990	153.486	144.685	156.003	155.872	165.342	176.688	181.439	194.795	203.887	209.231	3	2	1
85-89	158.626	161.396	167.328	162.906	176.006	171.109	173.944	174.068	168.926	183.611	194.154	213.838	3	2	1
90+	130.718	142.942	152.041	150.515	167.902	166.179	178.522	186.139	185.129	200.093	204.467	220.297	3	2	1
Σ verstorben	852.328	869.582	893.825	868.356	925.200	910.899	932.263	954.874	939.520	985.572	1.023.687	1.066.341			
Einwohner	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Differenz 2022-2011		
0-14	10.857K	10.728K	10.663K	10.665K	10.784K	10.965K	11.110K	11.231K	11.341K	11.435K	11.542K	11.768K			8,4 %
15-29	13.896K	13.711K	13.733K	13.784K	13.993K	14.140K	14.047K	13.893K	13.713K	13.481K	13.291K	13.360K			-3,9 %
30-34	4.826K	4.863K	4.956K	5.035K	5.121K	5.194K	5.256K	5.350K	5.452K	5.538K	5.567K	5.567K			15,4 %
35-39	4.808K	4.631K	4.641K	4.714K	4.855K	5.005K	5.111K	5.200K	5.263K	5.290K	5.313K	5.422K			12,8 %
40-44	6.397K	6.006K	5.664K	5.334K	5.087K	4.906K	4.805K	4.815K	4.875K	4.972K	5.084K	5.223K			-18,4 %
45-49	7.048K	6.988K	6.930K	6.802K	6.623K	6.392K	6.102K	5.764K	5.429K	5.155K	4.950K	4.872K			-30,9 %
50-54	6.278K	6.415K	6.607K	6.783K	6.906K	6.970K	6.976K	6.922K	6.793K	6.599K	6.356K	6.086K			-3,0 %
55-59	5.465K	5.515K	5.626K	5.771K	5.946K	6.131K	6.312K	6.500K	6.668K	6.777K	6.832K	6.853K			25,4 %
60-64	4.741K	4.911K	5.042K	5.124K	5.178K	5.242K	5.328K	5.434K	5.571K	5.733K	5.906K	6.098K			28,6 %
65-69	4.183K	3.962K	3.932K	3.967K	4.170K	4.448K	4.637K	4.760K	4.834K	4.879K	4.934K	5.024K			20,1 %
70-74	4.934K	4.889K	4.745K	4.545K	4.198K	3.812K	3.633K	3.604K	3.635K	3.821K	4.071K	4.247K			-13,9 %
75-79	3.319K	3.510K	3.760K	4.004K	4.190K	4.310K	4.292K	4.162K	3.983K	3.672K	3.326K	3.165K			-4,6 %
80-84	2.344K	2.330K	2.312K	2.347K	2.461K	2.610K	2.790K	2.998K	3.203K	3.362K	3.458K	3.433K			46,5 %
85-89	1.352K	1.358K	1.390K	1.435K	1.472K	1.492K	1.496K	1.489K	1.523K	1.613K	1.721K	1.841K			36,2 %
90+	592K	610K	643K	673K	704K	734K	760K	782K	809K	833K	845K	838K			41,6 %
Σ Bevölker.	81.040K	80.426K	80.646K	80.983K	81.687K	82.349K	82.657K	82.906K	83.093K	83.161K	83.196K	83.798K			
Sterberate	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Rang 2020	Rang 2021	Rang 2022
0-14	0,033 %	0,030 %	0,031 %	0,031 %	0,032 %	0,035 %	0,032 %	0,032 %	0,031 %	0,029 %	0,029 %	0,029 %	12	11	10
15-29	0,036 %	0,034 %	0,033 %	0,031 %	0,033 %	0,031 %	0,030 %	0,030 %	0,029 %	0,029 %	0,030 %	0,031 %	12	9	7
30-34	0,054 %	0,050 %	0,052 %	0,051 %	0,054 %	0,052 %	0,052 %	0,049 %	0,048 %	0,047 %	0,048 %	0,050 %	12	11	8
35-39	0,074 %	0,072 %	0,075 %	0,072 %	0,074 %	0,074 %	0,073 %	0,074 %	0,074 %	0,077 %	0,078 %	0,079 %	3	2	1
40-44	0,124 %	0,123 %	0,120 %	0,117 %	0,120 %	0,119 %	0,111 %	0,115 %	0,111 %	0,117 %	0,121 %	0,122 %	9	4	3
45-49	0,218 %	0,213 %	0,210 %	0,201 %	0,202 %	0,200 %	0,193 %	0,192 %	0,187 %	0,188 %	0,200 %	0,189 %	11	6	10
50-54	0,383 %	0,372 %	0,369 %	0,354 %	0,351 %	0,339 %	0,328 %	0,327 %	0,315 %	0,315 %	0,333 %	0,326 %	11	7	10
55-59	0,606 %	0,595 %	0,601 %	0,577 %	0,588 %	0,578 %	0,556 %	0,561 %	0,533 %	0,539 %	0,559 %	0,540 %	11	8	10
60-64	0,911 %	0,905 %	0,915 %	0,895 %	0,922 %	0,905 %	0,895 %	0,912 %	0,879 %	0,888 %	0,928 %	0,914 %	11	1	4
65-69	1,35 %	1,35 %	1,38 %	1,31 %	1,36 %	1,37 %	1,35 %	1,38 %	1,36 %	1,38 %	1,46 %	1,46 %	3	2	1
70-74	2,01 %	2,03 %	2,06 %	2,00 %	2,09 %	2,06 %	2,08 %	2,09 %	2,03 %	2,06 %	2,19 %	2,21 %	6	2	1
75-79	3,53 %	3,46 %	3,45 %	3,27 %	3,34 %	3,22 %	3,24 %	3,30 %	3,24 %	3,36 %	3,48 %	3,57 %	6	3	1
80-84	6,46 %	6,61 %	6,64 %	6,16 %	6,34 %	5,97 %	5,93 %	5,89 %	5,66 %	5,79 %	5,90 %	6,09 %	11	9	6
85-89	11,7 %	11,9 %	12,0 %	11,4 %	12,0 %	11,5 %	11,6 %	11,7 %	11,1 %	11,4 %	11,3 %	11,6 %	9	11	7
90+	22,1 %	23,5 %	23,6 %	22,4 %	23,9 %	22,6 %	23,5 %	23,8 %	22,9 %	24,0 %	24,2 %	26,3 %	3	2	1
Sterbefälle pro 100.000	1.061,8	1.057,0	1.064,5	1.010,4	1.050,3	1.013,5	1.017,3	1.025,6	989,5	1.015,1	1.041,3	1.069,1			
Rang	3	4	2	11	5	10	8	7	12	9	6	1			

Tabelle 1

1 = schlechtester Rang; 12 = bester Rang; Quellen: Verstorben pro Kalenderjahr [D], Einwohner zur Jahresmitte [E], Sterbefälle pro 100.000 zur Altersverteilung DEU 2011 altersbereinigt [F]

f) Die Analyse der altersspezifischen Sterberaten zeigt, dass das Pandemiejahr 2020 mit dem viertbesten 9. Rang hinter den Grippewellen von acht früheren Jahren lag. Eine Ausnahme bildet nur die Gruppe der über 90-Jährigen. Im Impfbjahr 2021 verschlechterten sich alle Altersgruppen gegenüber 2020, und 2022 haben die altersspezifischen Sterberaten in fünf Altersgruppen neue Höchststände erreicht. Für die Bundeswehr ist die Gruppe 35-39 hervorzuheben, die seit dem Start

der Impfkampagne einer ernststen Bedrohung ausgesetzt ist und für die der Nutzen der Impfung zweifellos in Frage steht aber Schadwirkungen der Impfung dringend geklärt werden müssen.

3. Bezug: Frage 4 (Ist Covid-19 eine ernstzunehmende Krankheit?)

3.1. Kontext zwischen Covid-19 Erkrankung und der Impfkampagne

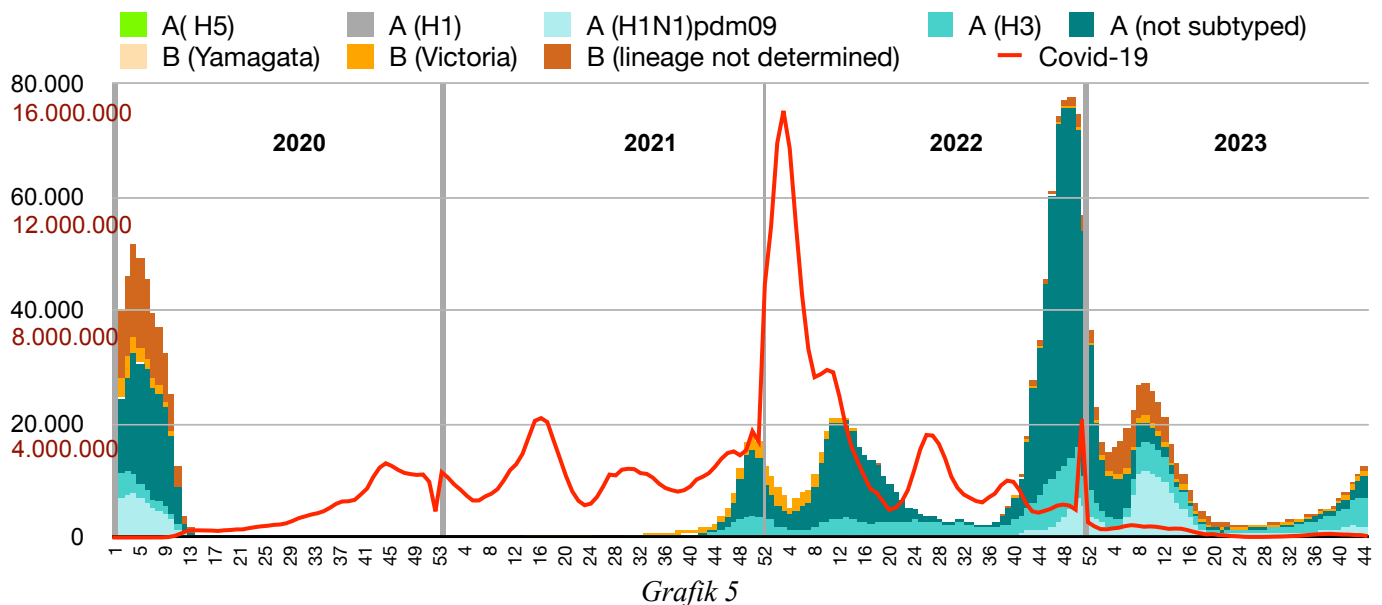
a) Die Frage, ob Covid-19 eine ernstzunehmende Krankheit sei, stellt sich angesichts des nach Impfbeginn einsetzenden weltweiten Anstiegs der Covid-19 Fallzahlen und Todesfälle seither im Kontext mit der durchgeführten Impfkampagne. Erst recht, da seit Impfbeginn Fallzahlen und Todesfälle massiv zugenommen haben, bedarf es für alle gemeldeten Fälle der validen Abklärung, ob bei Erkrankung ein Impfstatus vorlag. Der europäischen Behörde für Arzneimittelüberwachung (EMA) wurden mit Stand vom 20.11.2023 165.258 Fälle von Covid-19 als Impfreaktion und 95.559 Fälle von Impfversagen gemeldet [F]. In den USA wurden bei VAERS 63.533 Fälle von Covid-19 und 48.355 Fälle mit positivem SARS-CoV-2 Test gemeldet [G]. Somit besteht in zahlreichen Fällen der Verdacht, dass die Impfung zu nachfolgenden SARS-CoV-2 Infektionen beiträgt. Folglich hätte kein BW-Angehöriger geimpft gehört, denn um das Risiko bei einer Fortsetzung der Impfmaßnahmen Schaden zu erleiden, hätte natürlich durch konsequente Erfassung des Impfstatus neue Infektionsfälle geklärt werden müssen. Die zur Abklärung dieser Zusammenhänge erforderlichen Datenerhebungen zum Impfstatus aller Hospitalisierungs- und Todesfälle werden aber entgegen ihrem ethischen und gesetzlichen Auftrag¹⁴ vom Paul-Ehrlich-Institut und von der EMA faktisch blockiert bzw. nicht ausreichend überwacht. Insbesondere die Anweisung des RKI, dass Covid-19 Fälle erst 14 Tage nach Gabe der letzten Impfdosis der Grundimmunisierung bzw. 7 Tage nach der Auffrischimpfungen als geimpft zu zählen sind,¹⁵ verfälscht jede wissenschaftliche Auswertung.

Bei jedem Medikament, und als solches muss eine Covid-19 Impfung betrachtet werden, treten in den ersten Tagen nach Gabe eines Wirkstoffs, wenn dieser seinen höchsten Wirkstoffpegel erreicht hat, bevorzugt Nebenwirkungen auf, und als eben solche Nebenwirkung müsste eine Covid-19-Infektion nach Impfung bezeichnet werden. In dieser Phase werden Impfnebenwirkungen und Todesfälle aber gemäß RKI-Kriterien ungerechtfertigterweise den Ungeimpften zugerechnet. Dass in den ersten Tagen die meisten Nebenwirkungen zu erwarten sind, bestätigt das RKI, indem es darauf hinweist, dass erwünschte Nebenwirkungen, die auf die Wirksamkeit des Impfstoffes hinweisen innerhalb weniger Tage abklingen.¹⁶ Können RKI und PEI denn unerwünschte Nebenwirkungen in den ersten 14 Tagen etwa ausschließen?

Der Abgeordnete Marcel de Graaff berichtete auf einer Pressekonferenz am 21.11.2023 im Europaparlament über die Antwort der EMA auf die Anfrage von sechs Europaabgeordneten zur Sicherheit der Covid-19 Impfstoffe. Er führte aus:¹⁷ **„Die EMA erklärt ausdrücklich, dass sie die Corona-Impfstoffe ausschließlich für individuelle Immunisierungen zugelassen hat, und absolut nicht zur Kontrolle von Infektionen und absolut nicht zur Verhinderung oder Reduzierung von Infektionen. Die Bewertungsberichte der EMA zur Zulassung von Impfstoffen betonen das Fehlen von Daten zur Infektiosität. Mit anderen Worten: Die Impfstoffe waren nicht dazu gedacht, Infektionen zu verhindern, und es gibt überhaupt keine Daten, die die Wirksamkeit der Impfstoffe belegen können.“**

Diese subjektive Bewertung des Antwortschreibens der EMA kann unter diesem Link¹⁸ einer eigenen Überprüfung unterworfen werden.

Covid-19 Fälle im Kontext zu den Influenza-Fällen, nördliche Hemisphäre [I]

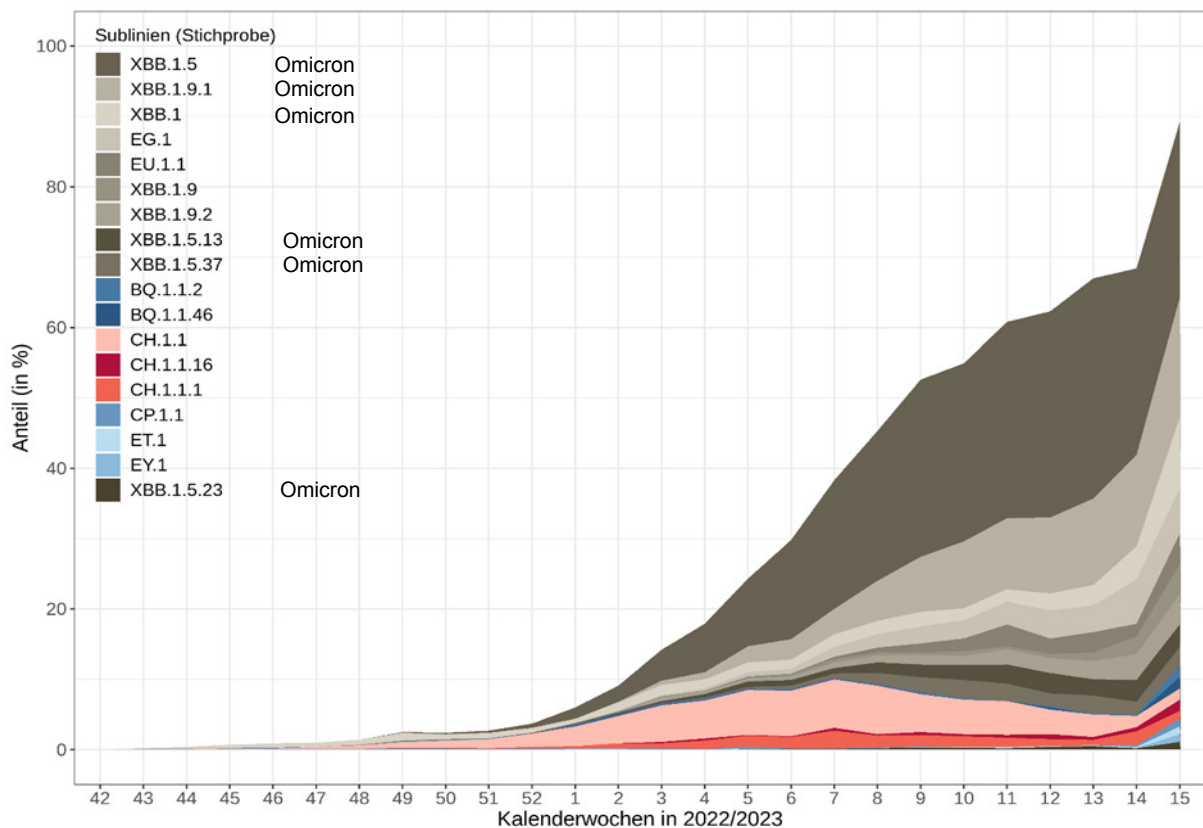


Grafik 5

b) Die von der WHO gemeldeten Covid-19 Fälle auf der Nordhalbkugel (rote Kurve) ergänzen in der Grafik die gemeldeten Influenza Meldedfälle. Durch das selektive, auf ausgewählte Schwerpunktpraxen bezogene Influenza Meldesystem sind hier die Meldezahlen erheblich kleiner und in der Größenordnung nicht mit dem weltweiten Covid-19 Meldesystem zu vergleichen. Die unterschiedlich hohen Peaks der Covid-19 Wellen sind offenkundig durch den des öfteren vorgenommenen weltweiten Wechsel in der Teststrategie zu erklären, der infolge geänderter Testsensitivitäten zu einem massiven Anstieg der Positivquoten und damit der Fallzahlen beigetragen haben dürfte. Nach dem völligen Aussetzen der Influenzameldungen von April 2020 bis September 2021 zeigt sich erstmals ab Herbst 2021 wieder das Auftreten von Influenza Typ A (H3). Die zwei kleineren Einzelwellen scheinen durch den separat geführten neuen SARS-CoV-2 Virustyp zu einer bis in den Mai 2022 reichenden großen „Grippewelle“ ergänzt zu werden, ähnlich wie dies mit Virus A (not subtyped) im Winter 2022/23 geschieht. Auch in dieser Phase ordnet sich dann Covid-19 als weiterer Virustyp in die Reihe gemeldeter Influenza-Viren ein. Auffällig ist die enge Abfolge von außergewöhnlich vielen virusbedingten Infektionswellen ab Herbst 2021, die von einer weltweiten geschwächten Immunitätslage gegen virale Infektionserkrankungen zeugen. Folglich stellt sich die Frage, ob durch den Eingriff der bis zu sechsmal durchgeführten modRNA Injektionen in das Immunsystem bei angestrebter verbesserter Immunität gegen das SARS-CoV-2 Virus die Gesamtimmunität sogar ganz allgemein geschwächt wurde. Genauere Betrachtungen solcher Zusammenhänge wurden in keiner der Zulassungsstudien vorgenommen, obwohl entsprechende Daten vorlagen; solche Betrachtungen müssten aber bei allen, gerade auch den wehrstrategischen Überlegungen zur Einsatzfähigkeit der Soldatinnen und Soldaten berücksichtigt werden. Covid-19 muss als eine von zahlreichen viralen Infektionserkrankungen betrachtet werden, bei denen schwere Verläufe immer wieder zu finden sind. Hinsichtlich der Überwachung der Influenza-Auftretens 2020/21 ist das RKI somit nachweislich den gesetzlichen Verpflichtungen gemäß §13 Infektionsschutzgesetz zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten nicht nachgekommen.

c) Die Gefahrenlage wird auch mit dem Auftreten neuer Virusmutationen in Bezug gesetzt. So veröffentlicht das RKI in seinem Wochenbericht vom 27. April die folgende Grafik, die insgesamt 18 in Deutschland sequenzierte Covid-19 Mutationen in ihrem zeitlichen Auftreten und den

Meldehöhenpunkten ausweist. Dabei spricht die WHO zur Omicron Variante eine Warnung aus, bei der jeder Abschnitt mit den Worten „it is not clear“ beginnt.¹⁹ Also weder zur Gefährlichkeit, der Übertragbarkeit, noch darüber, ob sie schwere Krankheitsverläufe verursachen kann, gibt es Erkenntnisse. Anstatt vor der Verunsicherung der Weltbevölkerung für Klarheit zu sorgen und dann mit Faktenwissen an die Öffentlichkeit zu treten, wird frühzeitig Panik verbreitet, was in jeder Krisenlage kontraindiziert ist.



Grafik 6²⁰

Trotz des hohen Tempos der Anpassung neuer Impfstoffvarianten wird man niemals mit dem Tempo der Virusmutationen Schritt halten können, so dass mit der Vielzahl der Impfauffrischungen das Immunsystem in unverantwortlicher Weise in einen Daueralarmzustand gebracht wird. Ohne zu wissen, ob ein intaktes Immunsystem nicht eigenständig eine Immunantwort findet, wird so eine Situation geschaffen, bei der insbesondere überschießende Autoimmunreaktionen letztlich die Konsequenz einer in der Orientierungslosigkeit mündenden Dauermanipulation des Immunsystems sind. Die Impfung kann somit kein zielführender Weg aus einer Virusbelastung sein, die sich in rapider und permanenter Veränderung befindet. **Die weltweit geführte Datenbank GISAID berichtet mit Stand vom 26.11.2023 von mittlerweile 16.256.454 sequenzierten Genomvarianten des Corona-Virus.**²¹ Völlig unbekannt ist für jeden einzelnen das evtl. Gefahrenpotential, und man beschränkt sich auf die Gensequenzierung, ohne überhaupt nach den Regeln der Henle-Koch-Postulate das Virus als Erreger einer Erkrankung zu verifizieren.²² Da eine modRNA Impfung gegen SARS-CoV-2 bei Soldaten nachweislich keinen Schutzeffekt hat bleibt zusätzlich zu bedenken, dass insbesondere im Einsatzfall ein beständiges Nachimpfen ausgeschlossen ist. Einer eventuellen Gefahrenlage kann somit eher durch Stärkung und Umsicht als durch ständige Intervention begegnet werden.

3.2. Behandlungsansätze für Covid-19

Die vom RKI für Ärzte veröffentlichten Behandlungsleitlinien von Covid-19 liefern hierzu allerdings keinen Ausweg, denn sie sind neben intensivmedizinisch-invasiven Verfahren ausschließlich medikamentös immunsuppressiv orientiert, wie der interaktiven Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen ist.²³

Medikamentenliste einblenden		
Empfohlene Substanzen	Aktuell nicht allgemein empfohlene Substanzen	Nicht empfohlene Substanzen
Baricitinib (Olumiant®)	Casirivimab / Imdevimab	Azithromycin
Dexamethason	Molnupiravir (Lagevrio®)	Colchicin
Nirmatrelvir / Ritonavir (Paxlovid™)	Sotrovimab (Xevudy®)	Hydroxychloroquin
Remdesivir (Veklury®)	Tixagevimab / Cilgavimab (Evusheld®)	Ivermectin
Tocilizumab (RoActemra®)	Substanzen mit unsicherem Nutzen	Lopinavir / Ritonavir
Thromboembolieprophylaxe / Antikoagulation	Anakinra	Vitamin D
	Budesonid	
	Fluvoxamin	

Grafik 7

Die Empfehlungen beschränken sich mit antiviralen, teils umstrittenen Substanzen und Kortison auf immunsuppressive Therapeutika und schließen Substanzen, die zu einer Stärkung des Immunsystems beitragen als „nicht empfohlene Substanzen“ explizit aus. So bezeugt der gemeinsame Bundesausschuss²⁴ Remdesivir bei nicht so schweren Lungenentzündungen einen geringen Zusatznutzen, bei Schwerekranken sei **kein** Nutzen festzustellen, wobei die Risiken bis zu gehäuften Nierenschäden erheblich sind²⁵. Angesichts dieser fragwürdigen Nutzen/Risikokonstellation sollte man allein den Preis von Remdesivir (Remicade) bedenken, der für ein 5er Gebinde bei 3.367 € liegt.²⁶ Hier schlägt ein Kostenaufwand ohne erkennbaren Nutzen mit lebensgefährlichen Risiken zu Buche, der die Kosten von Ivermectin oder Vitamin D um Längen schlägt. Dagegen kommt die Studie Reis et al.²⁷ beim Einsatz von Ivermectin bei ambulanten Patienten auf eine Verringerung des Hospitalisierungsrisikos um 30% und eine Verringerung des Todesrisikos um 51%. Angesichts dieser Daten können nur dringend aufklärungsbedürftige Interessenskonflikte beim RKI dazu führen, Ivermectin als nicht empfohlene Substanz zu deklarieren. Ein Umdenken und die Öffnung der Diskussion für ganzheitliche Therapie- und insbesondere Präventionsmöglichkeiten sollte als Ausweg aus dem orientierungslosen Aktionismus beschritten werden.

3.3. Long Covid und Post Vac Syndrom

Zu Long Covid gab es im Oktober einen Ärztekongress. Auf meine Fragen zu den Erkenntnissen dieses Kongresses gab mir die Initiatorin, Frau Dr. Michaela Hösl folgende Stellungnahme ab, die ihrerseits auf die Dringlichkeit differenzierter Datenerhebungen verweist. „Sehr geehrter Herr Hagemann, Sie baten um eine Stellungnahme, ob es belastbare Daten für die Behauptung, ein Long Covid Syndrom könne durch die Impfung verhindert oder abgemildert werden, gibt. Zudem stelle sich Ihnen die Frage, ob eine dem Long Covid-Syndrom zuzuordnende Symptomatik nur durch eine Infektion mit SarsCoV-2 ausgelöst werden könne.

Da ich Mitte dieses Jahres den ersten großen Long Covid- und Post Vac online Kongress medizinisch betreuen und moderieren durfte, hatte ich Gelegenheit mit über 30 Experten zu dieser Thematik Interviews zu führen. Ich nutze diese Erkenntnisse zur Beantwortung Ihrer Fragen.

Mir ist keine Quelle bekannt, die belastbare Daten dazu liefert, dass die Impfung eine Long Covid Symptomatik verhindert oder abmildert. Vielmehr ist offensichtlich, dass die Impfung weder vor einer Ansteckung, noch vor der Übertragung, noch vor schweren Verläufen, noch vor der Entwicklung eines Symptomkomplexes, der die Kriterien für ein Long Covid Syndrom erfüllt, schützt.

Es gibt – wenn auch wenige – ungeimpfte Patienten, die nach einer akuten Infektion mit dem SARS-CoV-2 ein Long Covid Syndrom entwickelten. Die Symptome, die unter diesem Syndrom subsumiert werden sind vielfältig. Im Vordergrund steht mehrheitlich ein Erschöpfungssyndrom, sei es cerebral im Sinne von permanenter Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, sei es muskulär im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit. Als Ursachen hierfür wurden eine Störung der Mitochondrienfunktion, Störungen des Immunsystem mit gesteigerter Infektanfälligkeit nachgewiesen oder eine (schwer nachzuweisende) Neuroinflammation postuliert.

Eine Symptomatik dieser Art findet sich auch bei geimpften Menschen mit aber auch ohne zusätzliche Covid-Erkrankung. Die Ärzte, die ich im Rahmen des Kongresses interviewen durfte, sehen in ihren Sprechstunden regelmäßig geimpfte Infizierte, mit einem schweren, langwierigen Verlauf. Es entstand bei der Mehrzahl der Kollegen der Eindruck, dass geimpfte Patienten im Durchschnitt länger und schwerer erkranken, als ungeimpfte Patienten. Dies sind Erfahrungsberichte. Studien oder Datenbanken, die dies belegen, sind mir nicht bekannt. Es gibt aber auch keine Daten, die das Gegenteil beweisen.

Zudem gibt es Patienten mit Symptomen, wie bei einer Long Covid Erkrankung, die nur geimpft sind und nie nachweislich erkrankt waren. Als Ursache der Symptome gilt das Spike-Protein. Hierzu gibt es wissenschaftliche Erhebungen: Siehe <https://www.mdpi.com/2227-9059/11/8/2287>

Frau Professor König vom MMD-Labor in Magdeburg arbeitet an einem Testverfahren zur Differenzierung von natürlichem, also viralem und dem durch Impfung produzierten Spikeprotein. Mit einem solchen Bluttest wäre dann eine Zuordnung der Symptome zum eigentlichen Auslöser möglich.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass es viele Patienten mit einer Long Covid - ähnlichen Symptomatik gibt, diese sind mehrheitlich geimpft. Auch wenn es bislang keine großen Studien oder gute Datenbanken gibt, so ist der Eindruck von Ärzte, die sich intensiv mit Long Covid und Post Vac-Patienten beschäftigen, dass die geimpften Menschen deutlich häufiger und schwerer erkranken und deutlich länger mit den Symptomen zu tun haben oder dann auch im Verlauf noch

ganz andere Symptome wie Autoimmun-Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, Tumoren usw. entwickeln.

Ich hoffe, Ihnen mit dieser Stellungnahme geholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Michaela Hösl²⁸

Ergänzender Kommentar:

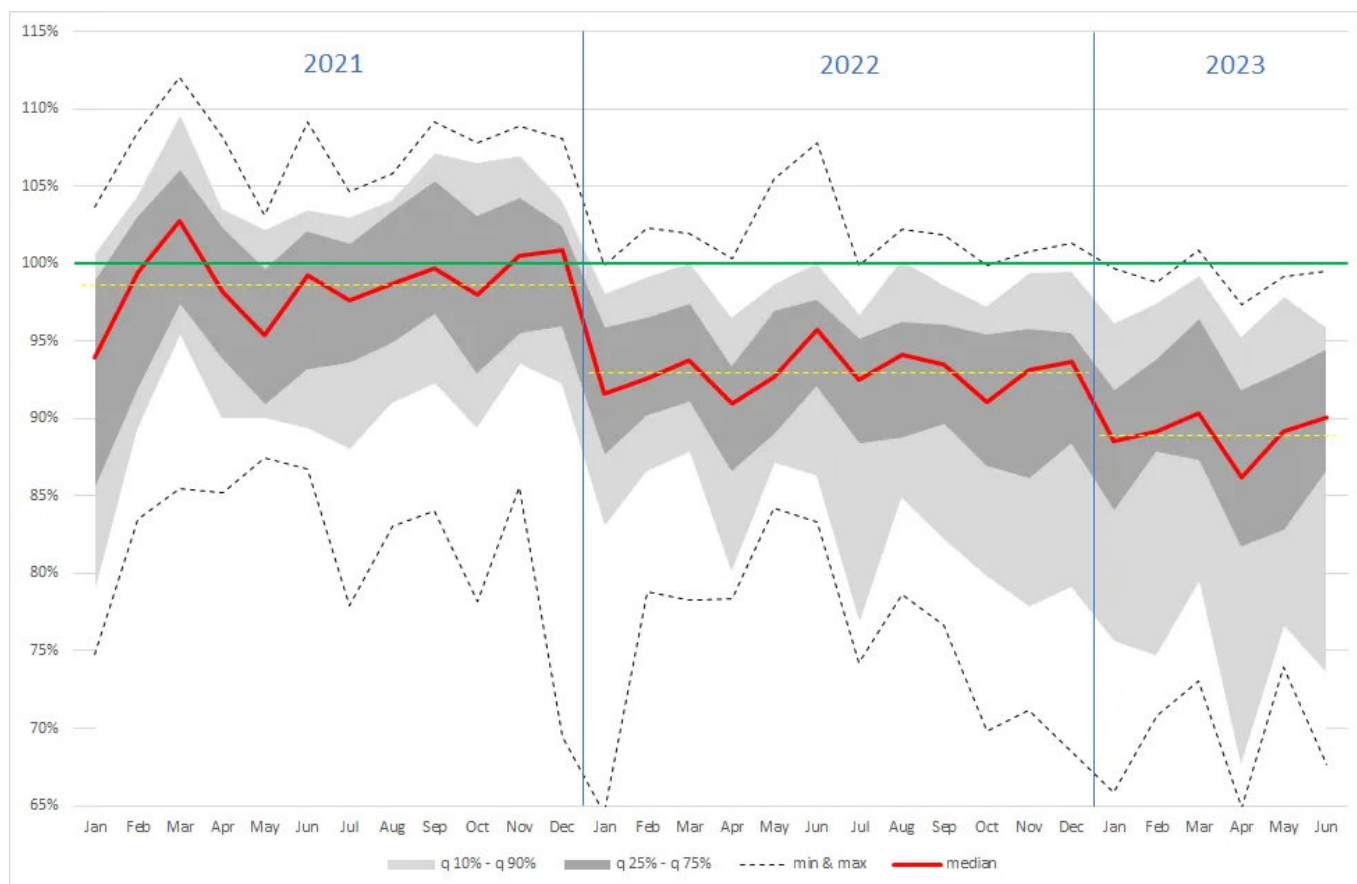
Mit dem angesprochenen Labornachweis können Forscher nun anhand bestimmter auffälliger Blutwerte „normale“ Impfreaktionen von Corona Impfschäden unterscheiden. Dabei geht es vor allem um die Interleukine IL 6 und IL 8, die im Vergleich zu gesunden Menschen bei den 191 untersuchten Postvac Patienten ein halbes Jahr nach der Impfung deutlich erhöht waren.

In dem Forschungsbericht de MDPI-Labors heißt die Schlussfolgerung:²⁹ „Eine SARS-CoV-2-mRNA-Impfung kann zu chronischer Müdigkeit und Dysautonomie führen, was als post-akutes Covid-19-Impfungssyndrom (PACVS) bezeichnet wird. Wir untersuchten Rezeptor-Autoantikörper und Interleukin-6 (IL-6) als somatische Korrelate von PACVS. PACVS ist also ein somatisches Syndrom, das durch diagnostische Blutmarker abgegrenzt/nachweisbar ist.“

3.4. Unerklärter Geburtenrückgang in Deutschland und Europa

a) Europaweit ist seit 2022 ein auffälliger Geburtenrückgang zu beobachten. Für 25 Länder sind Daten verfügbar, die eine zeitnahe Verfolgung ermöglichen: Deutschland, Frankreich, Schweiz, Österreich, Nordirland, Schottland, Schweden, Portugal, Spanien, Niederlande, Belgien, Norwegen, Israel, Italien, Dänemark, Finnland, Polen, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien, Slowenien, Tschechische Republik, Slowakei und Ungarn.

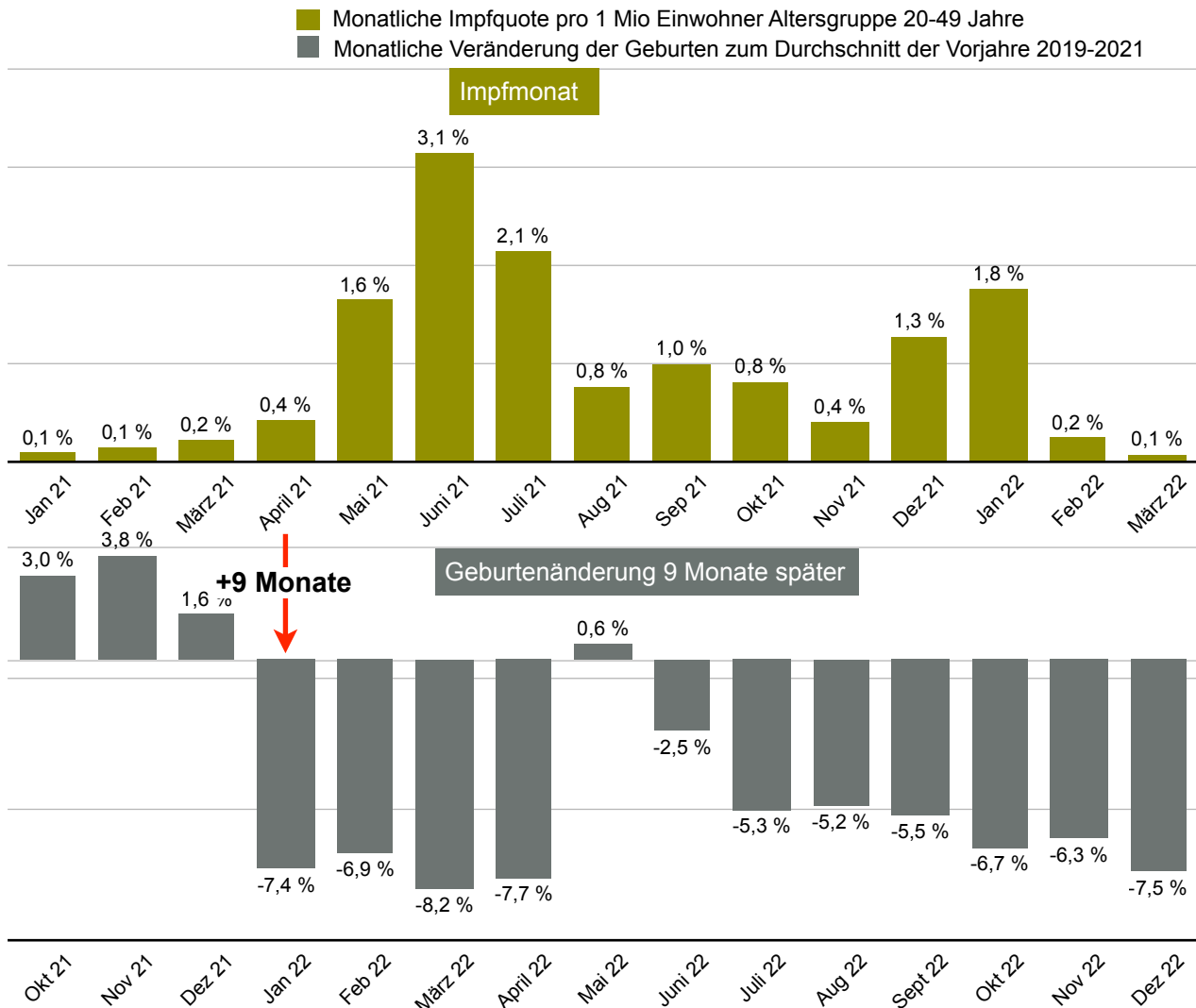
Die folgende Grafik zeigt die monatlichen Geburten gegen den Median 2017-2020 aufgetragen und die Quantile der sich ergebenden Verteilungen der Quotienten.³⁰



Grafik 8

Das zweite Quartal 2023 bestätigt den Trend des ersten Quartals. Während 2021 ein jährlicher Durchschnittsmedian (gestrichelte gelbe Linie im Diagramm) von fast 99 % erreicht wurde, sank er 2022 auf 93 % und 2023 auf 89 %. Das Kalenderjahr lässt hierbei als maßgeblicher Faktor für den europaweiten Rückgang der Geburten um 7% (2022) und 11% (2023) keine Erklärung zu. Die Untersuchung sollte sich darauf konzentrieren, was im März oder April des Vorjahres passiert ist. Hierzu liefert der zeitliche Bezug zwischen den Impfquoten der Altersgruppe von 20-49 Jahren zum monatlichen Rückgang der Geburten pro 1 Million Frauen und Tag einen stark signifikant korrelierenden Bezug, der sich in zahlreichen europäischen Ländern bestätigen lässt.

Geburtenrückgang und Impfquoten von Oktober 2021 bis Dezember 2022



Grafik 9

DE – Durchschnittliche tägliche Lebendgeburten im Monat pro 1 Million Frauen, Altersgruppe 18-49

Geburtsmonat	Okt 2021	Nov 2021	Dez 2021	Jan 2022	Feb 2022	März 2022	April 2022	Mai 2022	Juni 2022	Juli 2022	Aug 2022	Sept 2022	Okt 2022	Nov 2022	Dez 2022
2014-15	121,8	114,8	114,5	117,8	117,0	115,9	116,0	120,8	130,0	135,3	134,1	138,5	126,5	119,7	118,0
2015-16	126,5	119,7	118,0	123,9	127,6	125,7	123,5	128,6	137,4	145,6	146,0	148,8	136,6	130,7	130,0
2016-17	136,6	130,7	130,0	127,8	130,8	127,0	127,2	136,1	137,4	144,3	143,8	144,8	134,3	129,3	124,6
2017-18	134,3	129,3	124,6	132,0	130,8	128,6	129,8	136,3	142,9	149,0	144,8	147,0	136,2	126,1	121,3
2018-19	136,2	126,1	121,3	128,6	128,8	125,5	131,8	132,3	140,6	148,3	146,1	147,9	136,6	128,0	122,8
2019-20	136,6	128,0	122,8	130,5	128,6	127,7	129,9	132,9	140,5	146,2	143,5	147,9	136,1	126,9	125,4
2020-21	136,1	126,9	125,4	132,9	138,6	138,6	135,9	134,0	141,1	149,6	150,2	152,8	142,7	134,8	127,1
2021-22	142,7	134,8	127,1	121,0	122,9	120,0	122,3	133,8	137,2	140,2	139,0	141,3	129,2	121,6	115,7
Differenz zum Ø19-21	6,34	7,75	3,99	-9,72	-9,07	-10,65	-10,26	0,76	-3,53	-7,87	-7,59	-8,26	-9,24	-8,24	-9,43
Differenz [%]	4,7 %	6,1 %	3,2 %	-7,4 %	-6,9 %	-8,2 %	-7,7 %	0,6 %	-2,5 %	-5,3 %	-5,2 %	-5,5 %	-6,7 %	-6,3 %	-7,5 %
Monat der Erstimpfung	Jan 2021	Feb 2021	März 2021	April 2021	Mai 2021	Juni 2021	Juli 2021	Aug 2021	Sep 2021	Okt 2021	Nov 2021	Dez 2021	Jan 2022	Feb 2022	März 2022
Impf./Monat	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,4 %	1,6 %	3,1 %	2,1 %	0,8 %	1,0 %	0,8 %	0,4 %	1,3 %	1,8 %	0,2 %	0,1 %
statistische Auswertung	Spearman's ρ (rho)		-0,546	starke negative Korrelation: Impfquote ⇒ Geburtenrückgang											
Interpretation (Cohen)	p-Wert		0,0175	signifikant											

Tabelle 2

b) Die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen verabreichten Impfstoffen und dem Rückgang der Geburten muss durch Evaluation der aufgetretenen Impfn Nebenwirkungen bei Frauen und Männern im zeugungsfähigen Alter erfolgen, die seitens des Paul-Ehrlich-Instituts und seitens der EMA aber unterbleibt. Die bei der EMA gemeldeten Störungen der weiblichen Menstruation geben einen Hinweis auf eine mögliche Störung der Empfängnis auf Seiten der jungen Frauen. Es zeichnet sich ein deutlicher Schwerpunkt bei den modRNA Impfstoffen ab.³¹

Gemeldete Impfn Nebenwirkungen zu Menstruationsstörungen bei der EMA

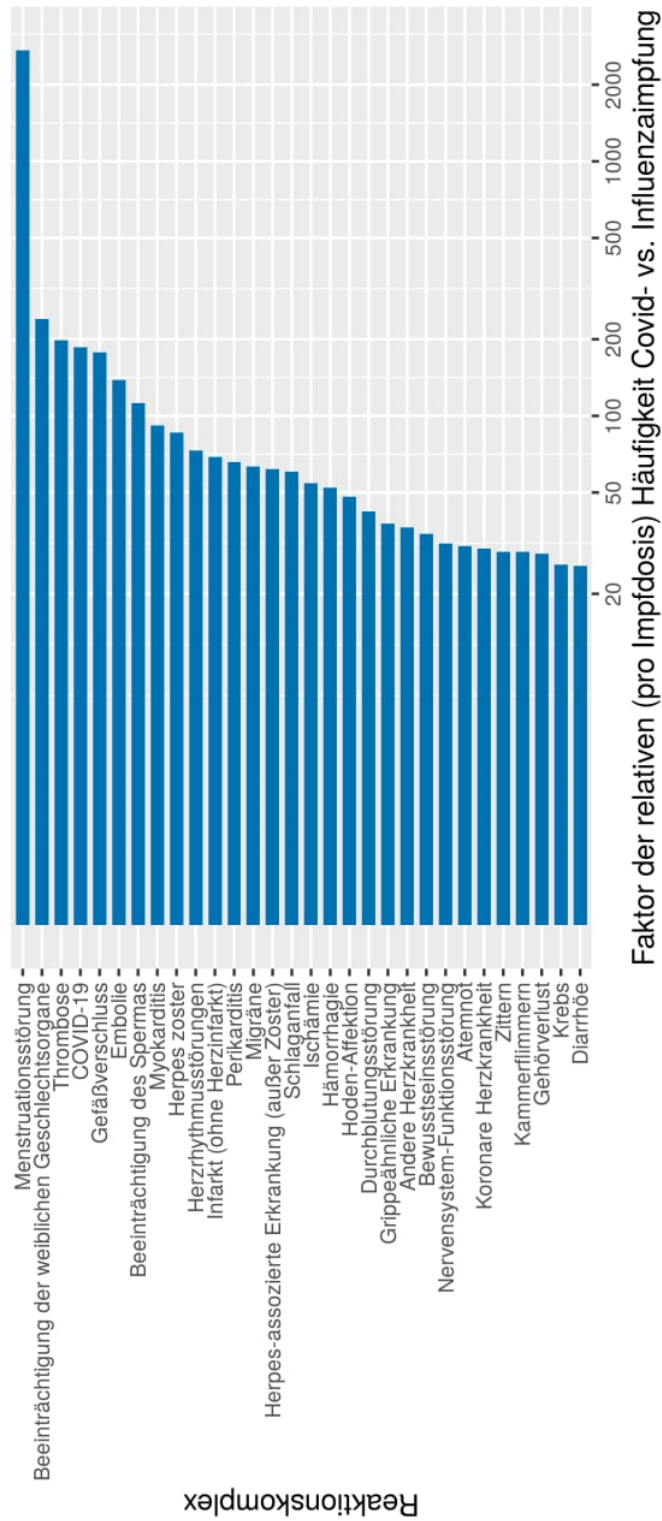
Reaktion	BioN Tech	Astra Zeneca	Moderna	Janssen	Novavax	Valneva	Sanofi	gesamt
Starke Menstruationsblutung	7.233	3.040	1.158	142	2	0	0	11.575
Dysmenorrhöe	4.411	1.055	644	49	1	0	0	6.160
Unregelmäßige Menstruation	3.504	1.070	546	59	0	0	0	5.179
Verspätete Menstruation	2.585	1.210	377	20	0	0	0	4.192
Menstruationsstörung	2.561	865	463	55	1	0	0	3.945
Postmenopausale Blutung	1.899	268	420	39	1	0	0	2.627
Intermenstruelle Blutungen	1.529	393	317	29	0	0	0	2.268

Tabelle 3

Eine Studie von Thorp et al. befasst sich mit der Analyse des proportionalen Meldeverhältnisses unerwünschter Ereignisse nach Covid-19 Impfstoffen mit denen nach Grippeimpfstoffen anhand von Daten der VAERS-Datenbank. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Covid-19-Impfstoffe im Vergleich zu den Influenza-Impfstoffen mit einer signifikanten Zunahme von unerwünschten Ereignissen verbunden sind, wobei alle proportionalen Meldequotienten > 2 sind. 0: Menstruationsanomalien, Fehlgeburt, fetale Chromosomenanomalien, fetale Missbildungen, fetale zystische Hygrome, fetale Herzstörungen, fetale Herzrhythmusstörungen, fetaler Herzstillstand, fetale Gefäßfehlfunktion, fetale Wachstumsanomalien, fetale Überwachungsanomalien, fetale Thrombose der Plazenta, niedrige Fruchtwassermenge, Präeklampsie, Frühgeburt, vorzeitiger Membranbruch, fetaler Tod/Stillgeburt und vorzeitiger Kindstod (alle p-Werte waren viel kleiner als 0. 05).

Die folgende Grafik zeigt die Ergebnisse einer eigenen Auswertung, die verdeutlicht, dass die Auswirkungen von Impfungen auf die Fruchtbarkeit im Bereich der Bundeswehr nicht nur Soldatinnen sondern auch Soldaten betreffen kann.³²

Vergleich Covid- vs. Influenzaimpfung Reaktionskomplexe mit höchsten Faktoren



Reaktionskomplex

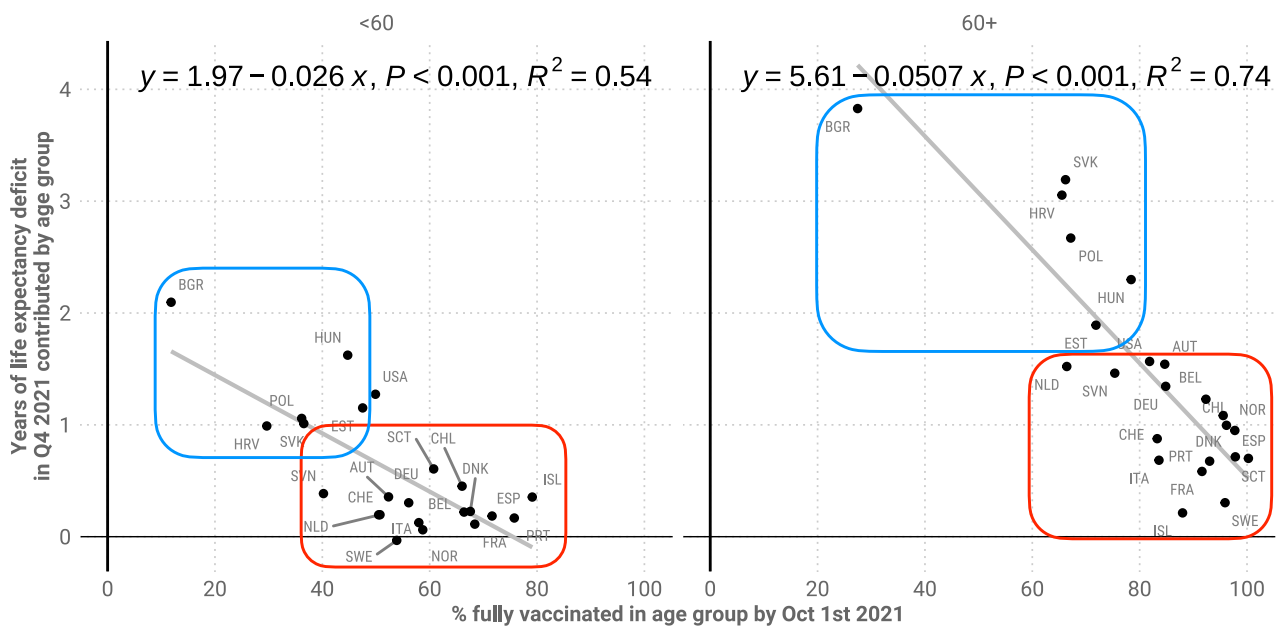
Grafik 10

4. Bezug: Anlage 3, Beweisthema 3

4.1. Korrelation zwischen Defizit an Lebenserwartung und Impfquoten

Zum Beweismittel von Prof. Dr. Konstantin Beck bzgl. der zeitlichen Korrelation zwischen der Zunahme der Sterblichkeit in der Schweizer Bevölkerung und der Verabreichung von Covid-19 Impfdosen führen Sie aus, das angebotene Beweismittel habe inhaltlich keinen Beweiswert und sei dem Phänomen des „confounding“ geschuldet.

- c) Für den strittigen Zusammenhang wurde von Prof. Dr. Beck eine Ausschlussanalyse von Covid-19 und anderen Co-Variablen vorgenommen. Da in der Schweiz Covid-19 Todesfälle keine Korrelation zur beobachteten Zunahme der Sterblichkeit besitzen, bleiben einzig die verabreichten Impfungen als Sicherheitssignal bestehen, was als starkes Risikosignal bei nicht erkennbarem Nutzen der Impfung zu einem Aussetzen der Impfung führen muss. Hier ist gewisse die desolante Studienlage zu den Risiken der Covid-19 Geimpften im Vergleich zu tatsächlich Ungeimpften zu bemängeln.
- d) So wird in Anlage 3 als Gegenargument zu dem von Prof. Dr. Beck in der Schweiz nachgewiesenen Sicherheitssignal die Studie von Schöley et al. (2022) angeführt,³³ die eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der jeweiligen Impfquote ausgewählter Länder und dem Rückgang der Lebenserwartung nach Altersgruppen aufzeigt. Diese Korrelation soll den Einfluss der Impfquote auf den Rückgang der Lebenserwartung im eingegrenzten Zeitraum des 4. Quartals 2021 erklären und eine Schutzwirkung der Impfung belegen.



Grafik 11a, b

Eigene Detailanalyse: Teilkorrelationen der beiden regionalen Blöcke

	R (Impfung / Defizit Lebenserwartung) <60	R ²	p	R (Impfung / Defizit Lebenserwartung) >60	R ²	p
Alle Länder ohne BG, HU, PL, EE, SK, HR, USA, CHL	0,0952980	0,0090817	7,46E-01	-0,5061230	0,2561605	6,48E-02
Nur BG, HU, PL, EE, SK, HR	-0,5411470	0,2928401	2,10E-01	-0,7893460	0,6230671	3,48E-02

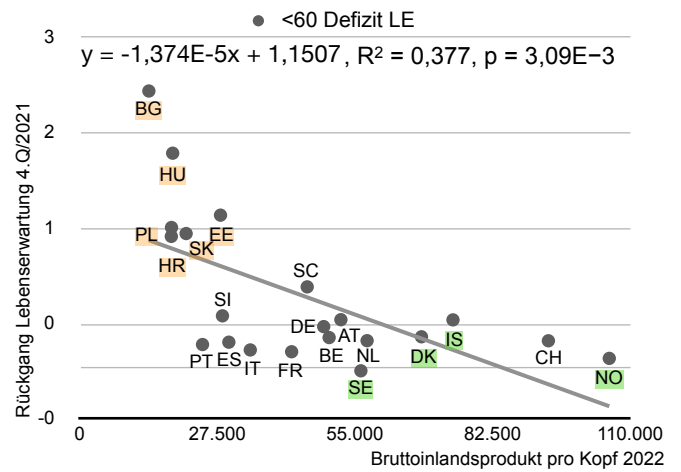
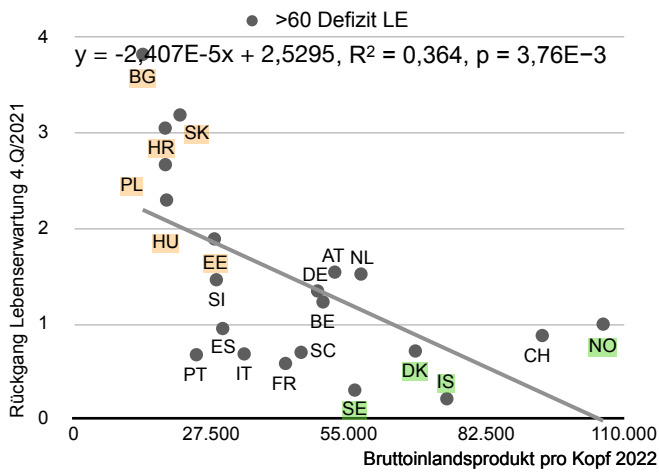
Tabelle 3

Hierbei ist den Autoren der Studie anscheinend entgangen, dass sie durch Auswahl der Länder eine Scheinkorrelation erzeugt haben, die zu einer wissenschaftlich nicht haltbaren Interpretation geführt

hat. Betrachtet man das Streudiagramm, so fällt auf, dass mit Bulgarien, Kroatien, Polen, Slowakei, Ungarn, Slowenien und Estland (blaue Ellipse) sieben osteuropäische Länder mit niedriger Impfquote einen eigenen abgelegenen Block bilden und die übrigen 14 Länder (rote Ellipse) einen zweiten. Innerhalb dieser Blöcke korrelieren die Länder gar nicht (<60) oder nur marginal (60+) mit der Impfquote und Rückgang der Lebenserwartung, sondern es bilden sich mit Ausnahme der Altersgruppe >60 (nur Osteuropa) unzusammenhängende Punktwolken. Erst die optische aber fragwürdige Verknüpfung führt zur von Schöley et al. gemachten Deutung.

Es ergeben sich folgende Kritikpunkte zu Methodik und Dateninterpretation der Studie Schöley et al.:

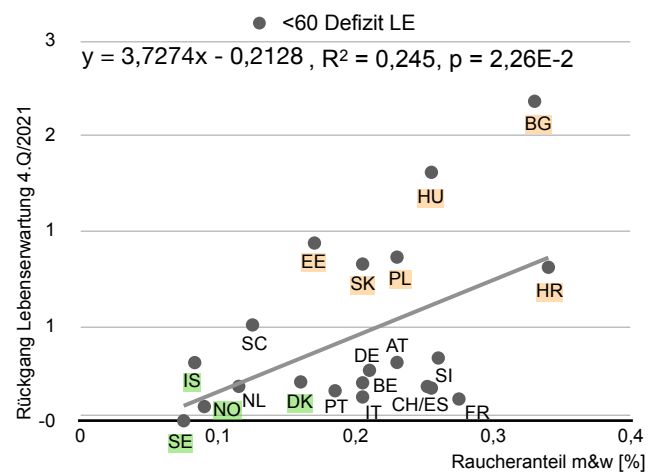
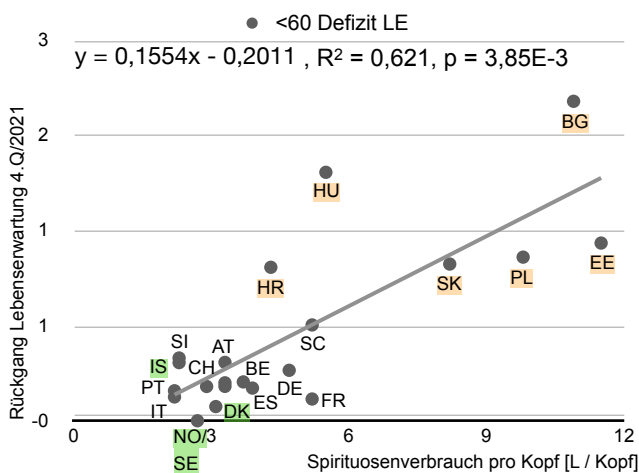
- a) Die Beschränkung der Korrelationsanalyse auf das 4. Quartal 2021 erfolgt, ohne einen Blick auf das Sterbegeschehen der einzelnen Länder zu diesem Zeitpunkt zu werfen. Es muss bei der Mischung aus Nord- und Südhalbkugel und der großen Distanz zu den USA davon ausgegangen werden, dass die Sterbewellen regional zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgten, was eine Korrelation zur Impfquote fragwürdig macht. Eine auf Kausalität beruhende Korrelation müsste sich zu vielen Zeitpunkten zeigen (Robustheit), was von Schöley aber nicht untersucht wurde.
- b) Bei der Auswahl der Länder ergibt die Hinzunahme der USA und Chiles keinen erkennbaren Zusammenhang oder Mehrwert zu der europäischen Länderauswahl. Es soll wohl ein internationaler Bezug hergestellt werden, der aber ohne Hinzunahme weiterer Länder aus Nord- und Südamerika keinen statistisch relevanten Zusammenhang besitzt. Offenbar passen beide Länder hinsichtlich eines hohen Rückgangs der Lebenserwartung in das Wunschbild der Autoren. Die nicht begründete Teilauswahl europäischer Länder ist ebenfalls nicht nachvollziehbar.
- c) Die von Schöley et al. errechnete stark signifikante negative Korrelation zwischen Impfquoten und dem Rückgang der Lebenserwartung wird bestimmt von den sechs osteuropäischen Staaten Bulgarien, Polen, Slowakei, Slowenien, Kroatien und Ungarn (in folgender Grafik orange hinterlegt). Am anderen Ende der Korrelationsgeraden liegen die nordeuropäischen Länder Norwegen, Schweden und Island (grün hinterlegt), so dass sich die Frage nach regionalspezifischen Störfaktoren stellt, die sich auf die Lebenserwartung auswirken müssten.
- d) Gemäß Einschätzung der WHO zählten 2004 Tabakkonsum (Rang 2), Bewegungsmangel (Rang 4) und Alkoholkonsum (Rang 8) nach Anzahl der Todesfälle zu den gefährlichsten Gesundheitsrisiken weltweit.³⁴ Laut Prognose der WHO³⁵ könnten zwischen 2020 und 2030 rund 41 Prozent aller neuen und durch Bewegungsmangel ausgelösten vermeidbaren Erkrankungen (NCD) auf Länder mit einem niedrigen mittleren Einkommen entfallen, was auch das Bruttoinlandsprodukt zu einem weiteren Störfaktor macht, der sich vielfältig auf die Sterberaten auswirken kann. So heben sich beispielsweise die osteuropäischen Länder von den übrigen insbesondere durch Armut und soziale Probleme ab. Untersucht man diesbezüglich die Korrelation zwischen dem Rückgang der Lebenserwartung und dem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf³⁶, beobachtet man eine ähnlich stark signifikante negative Korrelation wie zwischen Impfquoten und Rückgang der Lebenserwartung im 4. Quartal 2021, welches diesen Störfaktor bestätigt. Und dies ist nur eine erwiesene Co-Variable. Auf USA und Chile wurde angesichts fehlender Vergleichsdaten verzichtet.



Grafik 12a, b

Beide Altersgruppen korrelieren gleichermaßen stark negativ mit dem Bruttoinlandsprodukt. Weitere Co-Variablen untersuche ich an der Altersgruppe <60, die für die Bundeswehr relevant ist.

Es korreliert der Rückgang der Lebenserwartung auch mit den von der WHO ausgewiesenen Faktoren Alkoholkonsum (Beispiel: Spirituosenverbrauch pro Kopf) und Raucheranteil in der Bevölkerung, hier mit umgekehrtem Vorzeichen, denn ein höherer Spirituosenverbrauch und ein höherer Raucheranteil erhöhen den Verlust an Lebenszeit.



Grafik 13a, b

Die folgende Tabelle zeigt die durchweg signifikanten Korrelationskoeffizienten, die sich bei Kombination der einzelnen Variablen ergeben. Hieraus die Impfquote als alleinverantwortlich herauszufiltern widerspricht einer wissenschaftlichen Methodik und Argumentation.

Korrelationskoeffizienten R (Pearson), Altersgruppe <60

	Impfquote	Differenz LE	Spirituosen pro Kopf	Raucheranteil m&w	BIP
Impfquote	1,0000000	-0,7563896	-0,6088207	-0,5361817	0,4602639
Differenz LE	-0,7563896	1,0000000	0,7880291	0,4947997	-0,6136491
Spirituosen pro Kopf	-0,6088207	0,7880291	1,0000000	0,3039742	-0,5099502
Raucheranteil m&w	-0,5361817	0,4947997	0,3039742	1,0000000	-0,5810184
BIP	0,4602639	-0,6136491	-0,5099502	-0,5810184	1,0000000

Tabelle 4

Werden nach den Regeln der Statistik die Korrelationen der Co-Variablen zur Impfquoten-Korrelation gegengerechnet, ergeben sich folgende Veränderungen:

Co-Korrelationen nach Pearson, Altersgruppe <60

Teilkorrelationen	R (Defizit Lebenserwartung)	R ²	p
Impfquote	-0,7563896	0,5721252	7,26E-05
Spirituosen pro Kopf	-0,5663935	0,3208016	9,23E-03
Raucheranteil m&w	-0,6761293	0,4571508	1,24E-03
BIP	-0,4568100	0,2086754	4,93E-02
Spirituosen & Raucheranteil	-0,6575805	0,4324121	2,21E-03
BIP & Raucheranteil	-0,5352373	0,2864790	1,82E-02
Spirituosen & Raucheranteil & BIP	-0,4758654	0,2264479	4,59E-02

Tabelle 5

Eine Halbierung der Korrelation zwischen Impfquoten und Defizit der Lebenserwartung führt zu einer Viertelung des Bestimmtheitsmaßes, was allein durch die Co-Variable des BIP schon annähernd erreicht ist. Auch sind die p-Werte der Co-Varianzen überwiegend nicht signifikant, so dass die Korrelation zwischen Impfquote und dem Defizit an Lebenserwartung vernachlässigbar ist, jedenfalls nicht wesentlich kausal sein dürfte.

Die von Schöley et al. aufgezeigte Korrelation zwischen den Impfquoten und dem Rückgang der Lebenserwartung im 4. Quartal 2021 für die selektierte Länderauswahl kann angesichts der gezeigten wissenschaftlichen Unzulänglichkeiten nicht als kausal angesehen werden, da weitere relevante Variablen ebenfalls eine, bisweilen sogar deutlichere Korrelation zum temporären Rückgang der Lebenserwartung aufzeigen. Eine Korrelation ist nie als kausal anzusehen. Das wäre sowieso eine falsche Schlussfolgerung der Autoren gewesen. Insbesondere hat das Bruttoinlandsprodukt (BIP) allein bereits einen Rieseneinfluss und reduziert die erklärte Varianz von Impfquoten auf das Defizit der Lebenserwartung von zuvor 74% auf nur noch 22,6%. Nimmt man zum Beispiel Bulgarien und Norwegen heraus, so hat Bulgarien das höchste Sterbegeschehen bei niedrigster Impftrate, gleichzeitig aber auch das niedrigste BIP, den höchsten Spirituosenkonsum und den höchsten Raucheranteil. In den nordeuropäischen Ländern besteht dagegen eine völlig andere Lebenssituation, Ernährung u.v.a., so dass sich zwangsläufig in vielerlei Hinsicht regionale Differenzen ergeben, die sich statistisch in einer Korrelation abbilden lassen. **Ohne Erörterung der Co-Variablen ist die Aussage von Schöley et al. wissenschaftlich nicht haltbar, und kann keinesfalls als Nachweis dafür dienen, die sehr unsichere Variable Impfquote als ausschlaggebend zu bewerten.** Auch wurden die Impfungen nicht zeitgleich durchgeführt. Zudem erhielt Bulgarien Impfstoffspenden von EU-Nachbarländern,³⁷ was auch weitere Fragen nach Vergleichbarkeit hinsichtlich Qualität, Haltbarkeit u. a. der gespendeten Impfstoffdosen sowie den Bedingungen ihrer Verabreichung aufwirft. Auch hier kehrt sich der beworbene Segen der Impfungen ggf. ins Gegenteil um. Ein Wirksamkeitsbeweis lässt sich so jedenfalls nicht erbringen.

4.2. Zeitlicher Bezug zwischen Übersterblichkeit und verabreichten Impfdosen

Jährliche Übersterblichkeit standardisiert zur Bevölkerung 2022 [D, E, F]

Sterberate	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Ø2015-2019	Pop. 2022
0-14	0,033 %	0,030 %	0,031 %	0,031 %	0,032 %	0,035 %	0,032 %	0,032 %	0,031 %	0,029 %	0,029 %	0,029 %	0,032 %	11.768K
15-29	0,036 %	0,034 %	0,033 %	0,031 %	0,033 %	0,031 %	0,030 %	0,030 %	0,029 %	0,029 %	0,030 %	0,031 %	0,030 %	13.360K
30-34	0,054 %	0,050 %	0,052 %	0,051 %	0,054 %	0,052 %	0,052 %	0,049 %	0,048 %	0,047 %	0,048 %	0,050 %	0,051 %	5.567K
35-39	0,074 %	0,072 %	0,075 %	0,072 %	0,074 %	0,074 %	0,073 %	0,074 %	0,074 %	0,077 %	0,078 %	0,079 %	0,074 %	5.422K
40-44	0,124 %	0,123 %	0,120 %	0,117 %	0,120 %	0,119 %	0,111 %	0,115 %	0,111 %	0,117 %	0,121 %	0,122 %	0,115 %	5.223K
45-49	0,218 %	0,213 %	0,210 %	0,201 %	0,202 %	0,200 %	0,193 %	0,192 %	0,187 %	0,188 %	0,200 %	0,189 %	0,195 %	4.872K
50-54	0,383 %	0,372 %	0,369 %	0,354 %	0,351 %	0,339 %	0,328 %	0,327 %	0,315 %	0,315 %	0,333 %	0,326 %	0,332 %	6.086K
55-59	0,606 %	0,595 %	0,601 %	0,577 %	0,588 %	0,578 %	0,556 %	0,561 %	0,533 %	0,539 %	0,559 %	0,540 %	0,563 %	6.853K
60-64	0,911 %	0,905 %	0,915 %	0,895 %	0,922 %	0,905 %	0,895 %	0,912 %	0,879 %	0,888 %	0,928 %	0,914 %	0,903 %	6.098K
65-69	1,35 %	1,35 %	1,38 %	1,31 %	1,36 %	1,37 %	1,35 %	1,38 %	1,36 %	1,38 %	1,46 %	1,46 %	1,36 %	5.024K
70-74	2,01 %	2,03 %	2,06 %	2,00 %	2,09 %	2,06 %	2,08 %	2,09 %	2,03 %	2,06 %	2,19 %	2,21 %	2,07 %	4.247K
75-79	3,53 %	3,46 %	3,45 %	3,27 %	3,34 %	3,22 %	3,24 %	3,30 %	3,24 %	3,36 %	3,48 %	3,57 %	3,27 %	3.165K
80-84	6,46 %	6,61 %	6,64 %	6,16 %	6,34 %	5,97 %	5,93 %	5,89 %	5,66 %	5,79 %	5,90 %	6,09 %	5,96 %	3.433K
85-89	11,7 %	11,9 %	12,0 %	11,4 %	12,0 %	11,5 %	11,6 %	11,7 %	11,1 %	11,4 %	11,3 %	11,6 %	11,6 %	1.841K
90+	22,1 %	23,5 %	23,6 %	22,4 %	23,9 %	22,6 %	23,5 %	23,8 %	22,9 %	24,0 %	24,2 %	26,3 %	23,3 %	838K
Sterbefälle pro 2022	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Ø2015-2019	
0-14	3.877	3.564	3.634	3.592	3.756	4.075	3.785	3.786	3.690	3.402	3.434	3.447	3.818	
15-29	4.798	4.533	4.353	4.178	4.382	4.131	3.952	4.041	3.867	3.810	3.954	4.112	4.074	
30-34	3.009	2.806	2.911	2.815	3.031	2.883	2.874	2.744	2.691	2.621	2.670	2.756	2.845	
35-39	4.019	3.921	4.047	3.930	4.035	4.027	3.981	3.996	4.017	4.162	4.227	4.304	4.011	
40-44	6.489	6.438	6.280	6.101	6.245	6.230	5.776	6.017	5.822	6.096	6.344	6.391	6.018	
45-49	10.632	10.380	10.229	9.779	9.864	9.750	9.383	9.348	9.099	9.172	9.763	9.200	9.489	
50-54	23.280	22.625	22.475	21.528	21.339	20.602	19.963	19.918	19.186	19.192	20.248	19.812	20.202	
55-59	41.553	40.742	41.194	39.538	40.270	39.606	38.077	38.432	36.539	36.931	38.321	37.008	38.585	
60-64	55.575	55.196	55.769	54.578	56.250	55.212	54.583	55.639	53.601	54.180	56.562	55.717	55.057	
65-69	67.942	68.024	69.195	65.710	68.249	68.680	67.955	69.297	68.079	69.527	73.317	73.447	68.452	
70-74	85.550	86.011	87.326	84.848	88.868	87.422	88.356	88.894	86.326	87.507	92.891	93.819	87.973	
75-79	111.715	109.567	109.186	103.567	105.736	101.909	102.662	104.401	102.562	106.209	110.209	112.962	103.454	
80-84	221.833	226.887	227.891	211.626	217.669	205.058	203.452	202.309	194.482	198.897	202.403	209.231	204.594	
85-89	216.024	218.799	221.523	208.948	220.030	211.100	213.971	215.186	204.143	209.531	207.707	213.838	212.886	
90+	185.097	196.619	198.127	187.503	200.021	189.852	196.982	199.435	191.854	201.297	202.850	220.297	195.629	
Δ zu 2015-2019	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Differenz zu 2020	
0-14	59	-254	-184	-226	-62	257	-33	-32	-128	-416	-384	-371	Δ 2021	Δ 2022
15-29	724	459	279	104	308	57	-122	-33	-207	-264	-120	38	-2020	-2020
30-34	164	-39	66	-30	186	38	29	-101	-154	-224	-175	-89		
35-39	8	-90	36	-81	24	16	-30	-15	6	151	216	293		
40-44	471	420	262	83	227	212	-242	-1	-196	78	326	373	3.399	1.297
45-49	1.143	891	740	290	375	261	-106	-141	-390	-317	274	-289		
50-54	3.078	2.423	2.273	1.326	1.137	400	-239	-284	-1.016	-1.010	46	-390		
55-59	2.968	2.157	2.609	953	1.685	1.021	-508	-153	-2.046	-1.654	-264	-1.577		
60-64	518	139	712	-479	1.193	155	-474	582	-1.456	-877	1.505	660		
65-69	-510	-428	743	-2.742	-203	228	-497	845	-373	1.075	4.865	4.995		
70-74	-2.423	-1.962	-647	-3.125	895	-551	383	921	-1.647	-466	4.918	5.846		
75-79	8.261	6.113	5.732	113	2.282	-1.545	-792	947	-892	2.755	6.755	9.508	18.791	52.163
80-84	17.239	22.293	23.297	7.032	13.075	464	-1.142	-2.285	-10.112	-5.697	-2.191	4.637		
85-89	3.138	5.913	8.637	-3.938	7.144	-1.786	1.085	2.300	-8.743	-3.355	-5.179	952		
90+	-10.532	990	2.498	-8.126	4.392	-5.777	1.353	3.806	-3.775	5.668	7.221	24.668		
Übersterblichkeit	34.838	38.035	44.555	-720	28.266	-773	-2.688	2.550	-27.354	-10.221	10.592	24.586		

Tabelle 6

Oberes Drittel der Tabelle: Die Berechnung der **Sterberaten** ist der Tabelle auf Seite 5 zu entnehmen. Die mittleren Sterberaten der Jahre 2015-2019 werden in der vorletzten Spalte berechnet.

Tabellenmitte: Die jährlichen Sterberaten der Altersgruppen werden mit der Einwohnerzahl des Jahres 2022 multipliziert und ergeben so **standardisierte Sterbefallzahlen** die zur aktuellen Altersstruktur bereinigt sind.

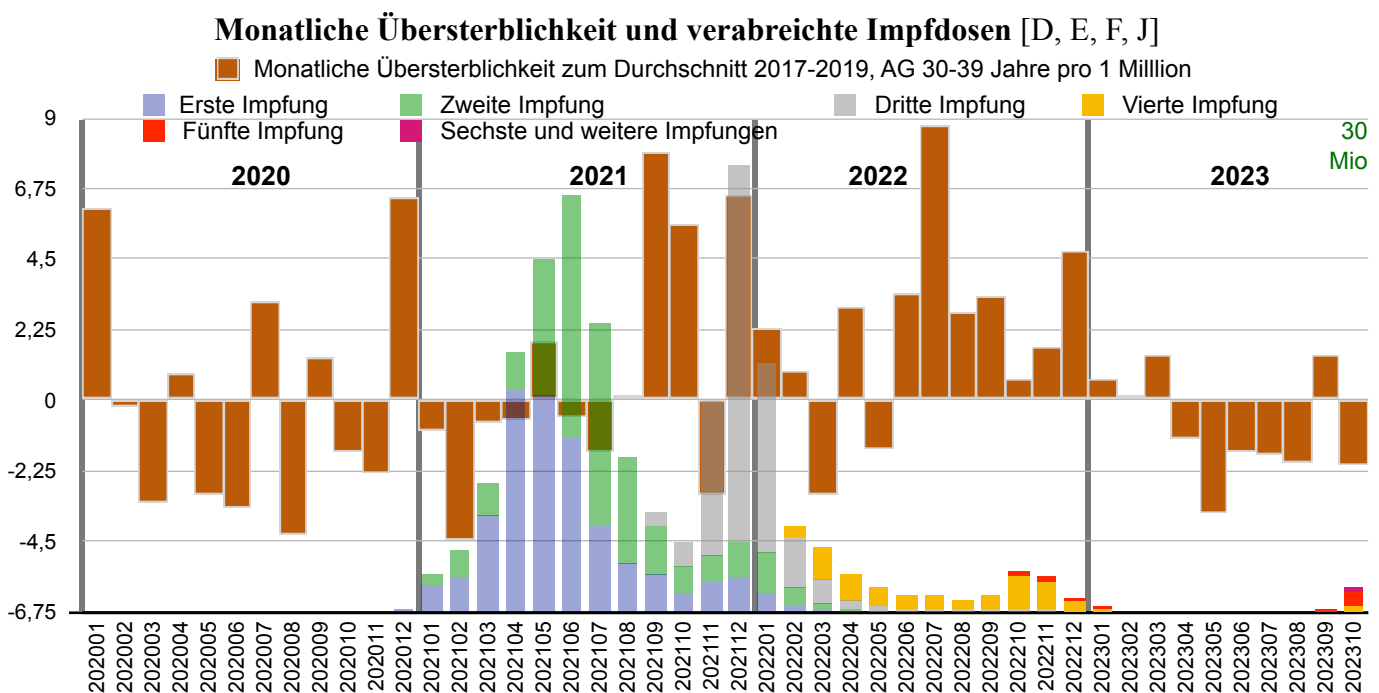
Unteres Tabellendrittel: Von der Anzahl standardisierter Sterbefälle jedes Jahres wird die erwartete Anzahl subtrahiert, die aus dem **Mittelwert der Sterberaten** von 2015-2019 berechnet wurde. Die so berechnete Übersterblichkeit jeder Altersgruppe vergleicht somit die jährlichen Sterberaten miteinander und rechnet diese zur Veranschaulichung auf die Einwohnerzahl im Jahr 2022 um. So kann neben der **Gesamtübersterblichkeit** auch verglichen werden, welche Altersgruppen insbesondere betroffen waren.

- Die altersbereinigte Berechnung der Gesamtübersterblichkeit erreicht in keinem Pandemiejahr das Niveau der Jahre 2011, 2012, 2013 und 2015.
- Im ersten Pandemiejahr 2020 liegen nur 5 Altersgruppen über dem Durchschnitt von 2015-2019. Insgesamt ergibt sich altersbereinigt eine Untersterblichkeit von -10.221 Sterbefällen.

- c) Im ersten Jahr der Impfkampagne verschlechtern sich die Sterberaten aller Altersgruppen mit Ausnahme der 85-89-Jährigen. Zwischen 30 und 59 Jahren sind 3.399 Menschen mehr verstorben als 2020 und in der Altersgruppe 60+ steigt die altersbereinigte Zahl der Todesfälle um 18.791 an. Die Gesamtübersterblichkeit steigt gegenüber dem Vorjahr um über 20.000 Fälle auf 10.592 Todesfälle an.
- d) Im zweiten Pandemiejahr 2022 liegt die für die Bundeswehr maßgebliche Altersgruppe von 30-59 Jahren weiterhin um 1.297 Todesfälle über dem Wert von 2020. **In der Gesamtsicht der beiden Jahre stellt dies der Impfkampagne ein verheerendes Zeugnis aus.** Auch der angestrebte Schutz der Alten verkehrt sich ins Gegenteil mit einer Übersterblichkeit der Altersgruppe über 60 Jahren, die um 52.163 über dem 1. Pandemiejahr 2020 liegt.

Diese einfache und verständliche Berechnung soll verdeutlichen, dass bei starken demografischen Veränderungen und der Zunahme hoher Altersgruppen nicht absolute Zahlen sondern altersspezifische Sterberaten verglichen werden müssen. Es zeigt sich:

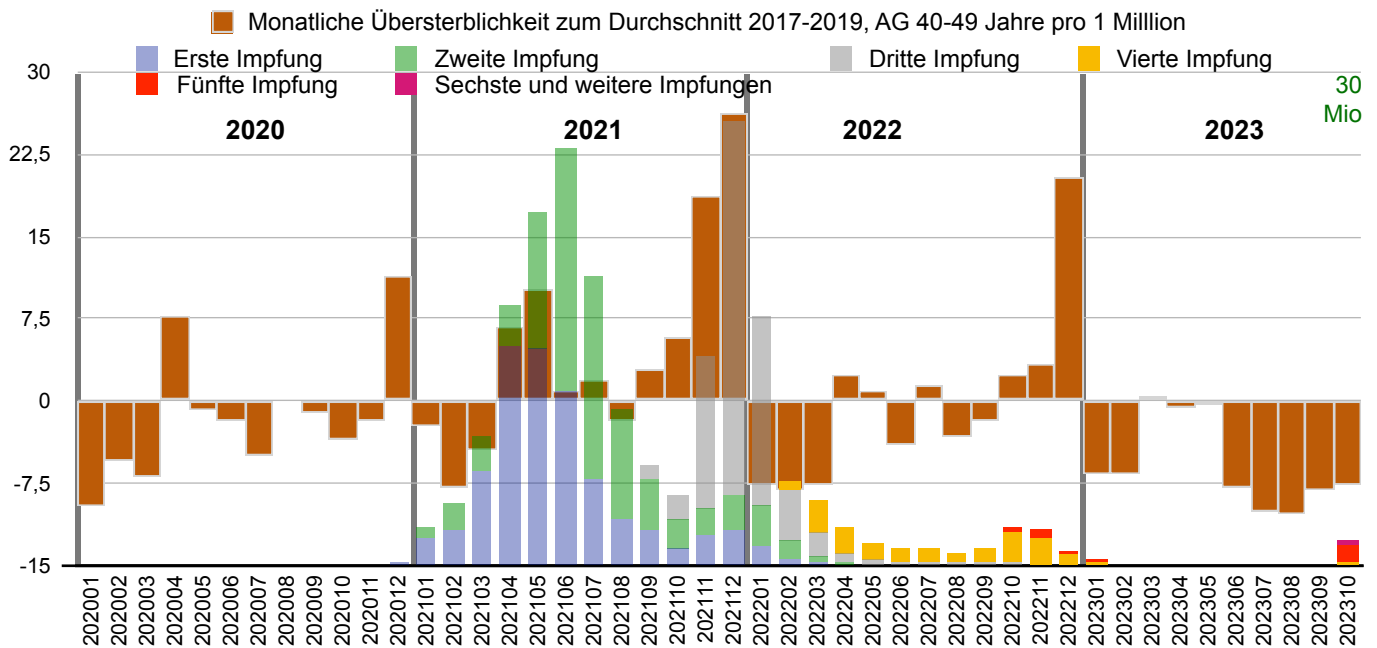
- Die fünfthöchste Gesamtübersterblichkeit 2022 belegt, dass in der gesamten Pandemie gemessen an den Sterberaten insbesondere der Jahre 2011-2015 nicht von einer außergewöhnlichen nie dagewesenen Gefahrenlage gesprochen werden kann.
- Die Impfkampagne ergab keinerlei Vorteil für die hohen Altersgruppen.
- Die Altersgruppe der 30-59-Jährigen verzeichnete in der Phase der Impfungen von 2021-2022 insgesamt 4.696 Todesfälle mehr als im ersten Pandemiejahr, was zwingend als Impffolge zu bewerten ist.



Grafik 14

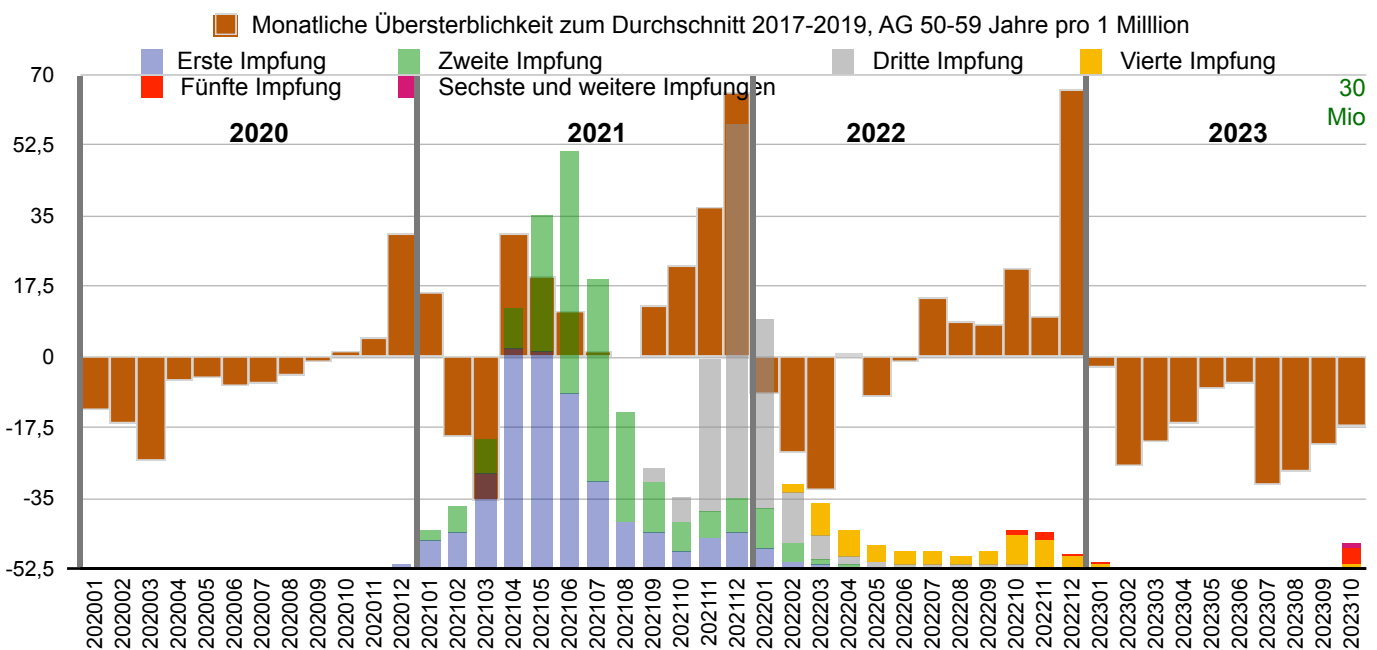
Der Vergleich der Sterberaten pro 1 Million zum Mittelwert des Vorjahres 2017-2019 liefert die braun dargestellten monatlichen Über- bzw. Untersterblichkeitssignale für die Altersgruppe 30-39 Jahre. 2020 überwiegen Monate mit niedrigeren Sterberaten als im Vergleichszeitraum mit Ausnahme eines starken Übersterblichkeitssignals im Dezember 2020. In der ersten Impfphase der Grundimmunisierung gibt es zunächst im Mai ein kleines Übersterblichkeitssignal (diese Altersgruppe wurde ab April 2021 erstmalig geimpft) bei sonst niedrigeren Raten, aber ab September 2021, also mit

Beginn der Boosterimpfungen beginnt eine Phase von 19 Monaten, in denen die Sterberaten fast ausnahmslos deutlich über dem Vergleichszeitraum liegen. Erst 2023 nach weitgehendem Abschluss der dritten und vierten Impfung sinken die Sterberaten dann wie 2020 wieder unter das Niveau von 2017-2019. Hier ist ein sogenannter „dry tinder effect“ naheliegend, also eine Art Austrocknung wegen der vorgeholten Todesfälle.



Grafik 15

In der Altersgruppe 40-49 Jahre finden sich neben zwei mittleren Signalen im April und Dezember 2020 dann 2021 drei auffällige Phasen mit erhöhten Sterberaten von April bis Juli 2021 in der Phase der Grundimmunisierung, von September bis Dezember 2021 bei Verabreichung der 1. Auffrischimpfung und von Oktober bis Dezember 2022, wo vierte und fünfte Impfung verabreicht wurden. Auch hier sinken die Sterberaten 2023 nach Ende der Impfmaßnahmen wieder auf das Niveau von 2020.

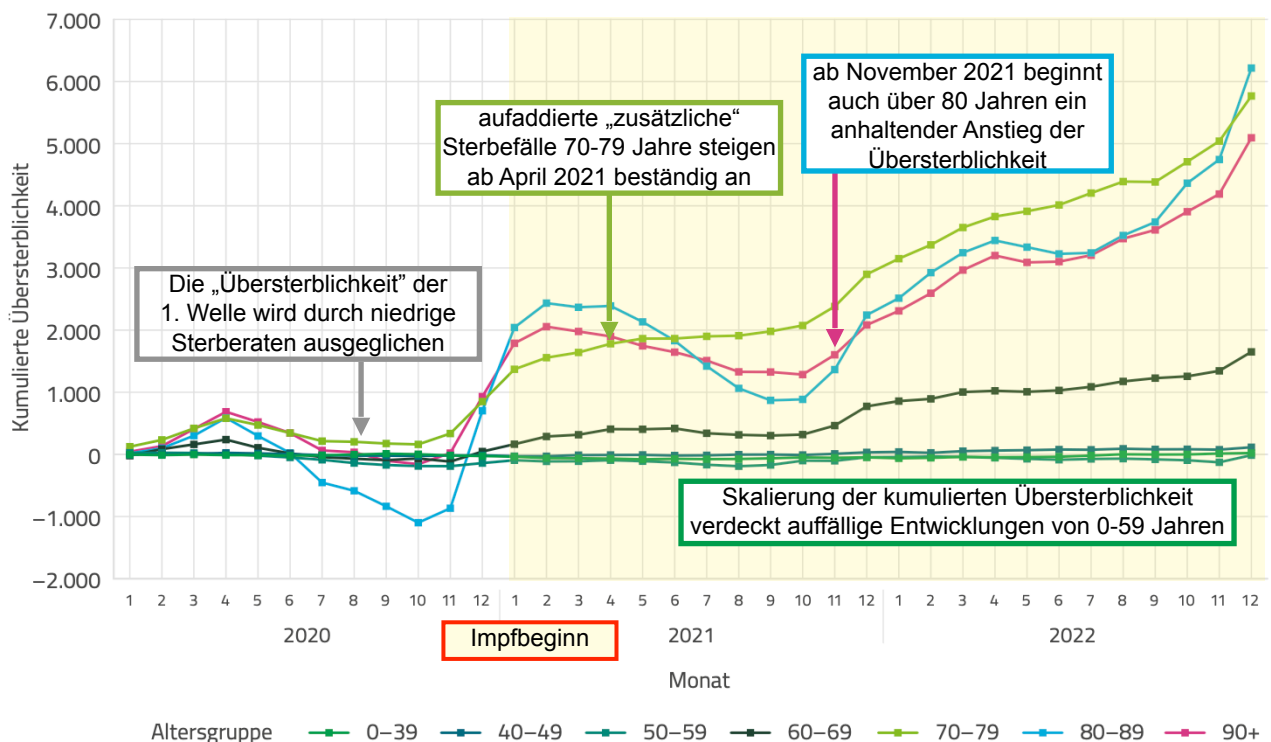


Grafik 16

Die Altersgruppe von 50-59 Jahren zeigt noch ausgeprägter als die vorherige Altersgruppe die zeitlichen Bezüge zwischen den Höhepunkten der Impfphasen 1/2, 3 und 4/5 mit Phasen ausgeprägter Übersterblichkeit. **Zeitliche Bezüge sind evident, und Konsequenzen für ein Ende der Impfduldungspflicht der Soldaten sind zwingend abzulesen.**

Auch für die Altersgruppen über 70 Jahren, deren Schutz die Impfmaßnahmen insbesondere galt, lässt sich ein deutlicher zeitlicher Bezug zwischen Impfkampagne und Übersterblichkeit aufzeigen. Als Beleg kann die Grafik A5 aus der Studie des Barmer Instituts für Gesundheitsforschung (bifg) zur Analyse der Übersterblichkeit während der Covid-19 Pandemie dienen.³⁸

Abbildung A 5: Geschätzte kumulierte Übersterblichkeit unter Anwendung des morbiditätsadjustierten Modells ohne Ausschluss von Pneumonie-Diagnosen bei COVID-19-Diagnose im selben Krankenhausfall

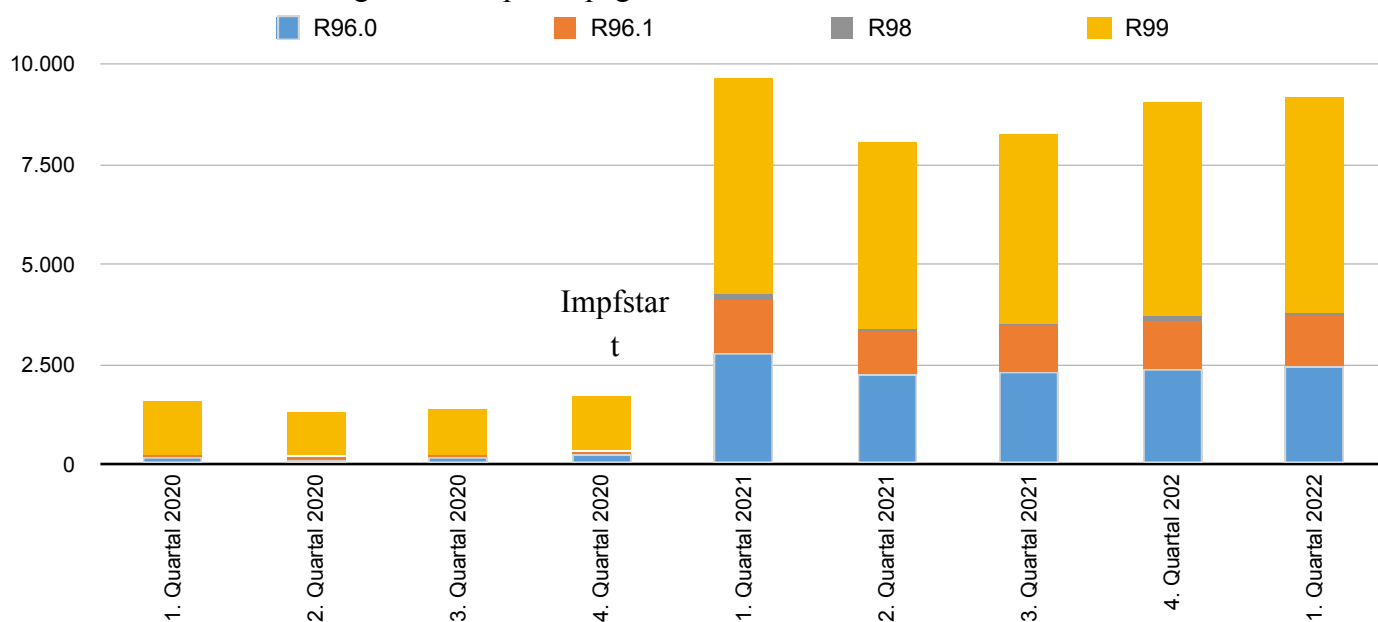


Grafik 17, mit erläuternden Anmerkungen versehen

Es bedarf keiner umfangreichen Erläuterungen um zu erkennen, dass die Übersterblichkeit im Winter 2020/21 mit der 1. Impfphase zusammentrifft. Es wurde in die Übersterblichkeit hinein geimpft. Nach einer Phase sinkender Sterberaten folgt ab dem Beginn der Boosterimpfungen eine fast kontinuierlich fortschreitende Phase der Übersterblichkeit. Die Brisanz dieses Signals wird allerdings in der bifg-Studie völlig ignoriert. Das gesamte Gebäude eines Konzepts, durch die modRNA Impfungen Ansteckung, schwere Verläufe und Todesfälle zu verhindern, bricht so in sich zusammen. In der Barmer Studie fallen zudem die auffälligen Entwicklungen der jüngeren Jahrgänge einer ungeeigneten Skalierung zum Opfer, was ihren wissenschaftlichen Anspruch in Frage stellt.

4.3. Sicherheitssignale aus den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

In den Daten, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Anfrage zur Verfügung stellte,³⁹ ergibt sich eine auffällige zeitliche Korrelation von zehntausenden zusätzlichen plötzlichen, unerwarteten Todesfällen seit dem Beginn der Impfkampagne.



Grafik 18

Todesfälle gemäß KBV-Datenpaket, Spalten 43-51

ICD10 Code	1. Quartal 2020	2. Quartal 2020	3. Quartal 2020	4. Quartal 2020	1. Quartal 2021	2. Quartal 2021	3. Quartal 2021	4. Quartal 2021	1. Quartal 2022
R96.0	202	161	202	249	2.795	2.228	2.344	2.375	2.457
R96.1	49	55	55	99	1.297	1.066	1.084	1.197	1.236
R98	17	16	20	18	138	95	125	136	97
R99	1.328	1.072	1.131	1.376	5.388	4.663	4.709	5.334	5.373

Tabelle 7

Die Zahl und Relevanz der aller hier gezeigten Sicherheitssignale ist so alarmierend, dass die Argumentation des Bundesverwaltungsgericht in der Urteilsbegründung zur Bestätigung der Impfduldungspflicht für Soldaten nicht nachvollziehbar ist. Die angegebene Referenzstudie Schöley et al. erweist sich als wissenschaftlich nicht tragfähig, die Fallzahlen von positiven Covid-19 Tests nach Impfung sind erdrückend, ein vermeintlich kurzfristiger Nutzen der Impfung für die Zielgruppe der Risiko-Altersgruppen schlägt zu einer dramatischen Verschlechterung der Sterberaten um. Auch leisten die jüngeren Altersgruppen, die Zielgruppen für die Soldaten sind, keinerlei Beitrag zum Schutz der Alten, riskieren aber ihre eigene Gesundheit und werden mit einem nicht geklärten gewachsenen Sterberisiko konfrontiert.

5. Quellen:

- A. RKI GitHub: COVID-19-Todesfaelle_in_Deutschland; https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Todesfaelle_in_Deutschland, Stand: 20.11.2023.
- B. RKI-GitHub: SARS-CoV-2-PCR-Testungen_in_Deutschland; https://github.com/robert-koch-institut/SARS-CoV-2-PCR-Testungen_in_Deutschland, Stand: 20.11.2023.
- C. RKI-GitHub: 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle in Deutschland; https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19_7-Tage-Inzidenz_in_Deutschland, Stand: 20.11.2023.
- D. DeStatis: Sterbefälle - Fallzahlen nach Tagen, Wochen, Monaten, Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern für Deutschland 2000-2023; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016>; Stand: 21.11.2023.
- E. DeStatis (GenesisOnline): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre, Code 12411-0012; <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/beta/statistic/12411/table/12411-0012>, Stand: 20.11.2023.
- F. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab1998); https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=49734324&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=6&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=, Stand: 20.11.2023
- G. Impfn Nebenwirkungen.net: EMA, Impfreaktionskomplexe EWR: Häufigste ernste Reaktionen; <https://impfn Nebenwirkungen.net/ema/tabellen/ser.html>, Stand: 20.11.2023.
- H. Impfn Nebenwirkungen.net: VAERS, Impfreaktionskomplexe USA: Häufigste ernste Reaktionen; <https://impfn Nebenwirkungen.net/vaers/tabellen/ser.html>
- I. WHO – Global Influenza Programme, FluNet dataset (CSV); <https://www.who.int/tools/flunet>
- J. RKI: Tabelle mit den gemeldeten Impfungen nach Bundesländern und Impfquoten nach Altersgruppen; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquotenmonitoring.html, Stand: 21.11.2023

- 1 Prof. Dr. Kehe, BMVg R II 2 über BMVg FüSK San 3, Schreiben vom 23.06.2023.
- 2 STIKO Impfeempfehlung vom 22.12.2020; <https://edoc.rki.de/handle/176904/7579.2>, Stand: 23.12.2020.
- 3 STIKO Impfeempfehlung vom 22.12.2020; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/43_21.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 28.10.2021.
- 4 Wikipedia: Excess mortality; https://en.wikipedia.org/wiki/Excess_mortality
- 5 Schreiben des Bundesministeriums der Verteidigung - BMVgAVL V22022, vom 31.10.2023 an MdB Thomas Dietz.
- 6 Presseunterlagen zum Barmer-Pflegereport 2022, <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2022-1142790>, Stand: 01.12.2021.
- 7 Prof. Dr. Stefan Homburg: Vortrag im Bundestag zum 2. Corona Symposium am 11.11.2023; <https://www.stefan-homburg.de/images/Bundestagsrede%20Homburg.pdf>.
- 8 RWI-Leibnitz Institut für Wirtschaftsforschung, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf, Stand: 30.04.2021.
- 9 ARE-Wochenbericht des RKI, 42. Kalenderwoche; https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2023_2024/2023-42.pdf, Stand: 22.10.2023.
- 10 WHO: Influenza Laboratory Surveillance Information, Virus detections by subtype reported to FluNet (all countries), Stand: 23.11.2023; <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTkyODcyOTEtZjA5YS00ZmI0LWFkZGZGUTODIxNGI5OTE3YjM0IiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQ0NGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIiImMiOjh9>
- 11 RKI: Wöchentlicher Lagebericht vom 27.04.2023, Seite 19; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2023-04-27.pdf?__blob=publicationFile.
- 12 DeStatis: Medianalter der Verstorbenen in Deutschland 1952-2021; https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/Daten/S30-Medianalter-Gestorbene-ab-1952_xls.xls, Stand: 14.10.2022.
- 13 Christof Kuhbandner, Matthias Reitzner: Excess mortality in Germany 2020-2022; https://www.researchgate.net/publication/362777743_Excess_mortality_in_Germany_2020-2022, Stand: August 2022.
- 14 Infektionsschutzgesetz (IfSG), §13; https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/___13.html
- 15 RKI: Monitoring des Covid-19-Impfgeschehens in Deutschland, Monatsbericht vom 07.07.2022, S. 9; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-07-07.pdf?__blob=publicationFile.
- 16 RKI: Sicherheit von Impfungen; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Nebenwirkungen/nebenwirkungen_node.html, Stand: 02.05.2023.
- 17 Pressekonferenz zur Anfrage von EU-Parlamentariern an die EMA vom 21.11.2023; <https://www.youtube.com/watch?v=9L3xxE8AGqE>, ab 01:11 Min.
- 18 EMA: Schreiben an Marcel de Graaff vom 18. Oktober 2023; https://tkp.at/wp-content/uploads/2023/11/2023_10_18_Letter_to_MEP_Marcel_de_Graaff_Request_for_the_direct.pdf
- 19 WHO: Update on Omicron; <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>, Stand: 28.11.2021.
- 20 RKI: Wöchentlicher Lagebericht vom 27.04.2023, S. 22; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2023-04-27.pdf?__blob=publicationFile
- 21 GISAID: hCoV-19 data sharing via GISAID; <https://gisaid.org/>, Stand: 26.11.2023.
- 22 DocCheck Flexikon: Henle-Koch-Postulate; <https://flexikon.doccheck.com/de/Henle-Koch-Postulate>, Stand: 16.06.2007
- 23 RKI: Covid-19-Therapieempfehlungen; [https://www.dgiin.de/covriin/index.html#/,](https://www.dgiin.de/covriin/index.html#/) Stand: 23.11.2023.
- 24 Gemeinsamer Bundesausschuss: Pressemitteilung zu Remdesivir; <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/983/>, Stand: 16.09.2021.
- 25 Apotheke adhoc, Remdesivir zeigt Nutzen und schwere Nebenwirkungen; <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/coronavirus/remdesivir-zeigt-nutzen-und-schwere-nebenwirkungen-fluch-und-segen/>, Stand: 05.10.2020.

- ²⁶ Preisauskunft: Shopapotheke; <https://www.shop-apotheke.com/search.htm?i=1&q=Remdesivir&searchChannel=algolia&userToken=anonymous-ea89375f-7fff-4005-9c1d-d768efc4ee7b>, Stand: 27.11.2023.
- ²⁷ Reis et al.: Ivermectin Treatment for Covid-19; <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2207995>, Stand: 15.12.2022.
- ²⁸ Nachricht von Frau Dr. Michaela Hösl an Raimund Hagemann vom 26.11.2023.
- ²⁹ MDPI: Chronic Fatigue and Dysautonomia following Covid-19 Vaccination is distinguishes from normal Vaccination Response by altered Blood Markers; <https://www.mdpi.com/2076-393X/11/11/1642>, Stand: 26.10.2023.
- ³⁰ Substract: European births, Q2 2023 update; https://cm27874.substack.com/p/european-births-q2-2023-update?subscribe_prompt=free, Stand: 28.11.2023.
- ³¹ Impfnebenwirkungen.net; <https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/ser.html>, Stand: 27.11.2023.
- ³² Sonderauswertung von impfnebenwirkungen.net vom 22.10.2022.
- ³³ Schöley, J., Aburto, J.M., Kashnitsky, I. et al. Life expectancy changes since COVID-19. Nat Hum Behav 6, 1649–1659 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01450-3>
- ³⁴ Statista (WHO): Gefährlichste Gesundheitsrisiken weltweit nach Anzahl der Toten (in Mio.) 2004; <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/70413/umfrage/groesste-risiken-fuer-die-gesundheit-weltweit/>
- ³⁵ Statista: Zitat WHO; <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1364711/umfrage/verteilung-durch-bewegungsmangel-ausgeloster-erkrankungen-nach-laendereinkommen/>
- ³⁶ https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Länder_nach_Bruttoinlandsprodukt_pro_Kopf
- ³⁷ Europäischer Rat: Weitere Solidarität in der Covid-19 Pandemie; <https://www.consilium.europa.eu/de/policies/coronavirus/global-solidarity/>
- ³⁸ bifg: Analyse der Übersterblichkeit während der Covid-19 Pandemie in Deutschland, 2020-2022; <https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2023.005>, S. 9, Stand: August 2023.
- ³⁹ Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellte Daten (alle abgerechneten ICD-Codes bei Kassenpatienten von 2016 bis zum 1. Quartal 2022): KBV- Datenpaket S. 73, ICD-Codes R96.0, R96.1, R98 und R99; Spalten 18-26 und 43-51. Der Download des KBV-Datenpakets und der Erläuterungen im KBV-Schreiben an MdB Martin Sichert ist möglich bei: <https://afdbundestag.de/datenauswertung-von-impffolgen/> (Zugriff 05.07.2023)