Die Stimmungsmache gegen Ungeimpfte nimmt von Tag zu Tag an Fahrt auf. Die Motive, warum sich viele Menschen nicht impfen lassen wollen, werden dabei entweder nicht wahrgenommen oder gar ins Lächerliche gezogen. Am Ende steht gar der Vorwurf, wer sich nicht impfen lassen will, handele aus niederen Beweggründen und verhalte sich unsolidarisch, ja egoistisch. Der österreichische Publizist und Autor Christian Felber hat sich die Mühe gemacht, auf diese Zuschreibungen mit einem sehr faktenorientierten, aber auch sehr persönlichen Artikel für die NachDenkSeiten zu reagieren, „um Vielfalt sichtbar zu machen und für gegenseitigen Respekt zu werben“.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/211115_30_Gruende_warum_ich_mich_derzeit_nicht_impfen_lasse_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

30 Gründe, warum ich mich derzeit nicht impfen lasse oder Betrachtungen zu Gesundheit, Grundrechten, Solidarität und Gemeinwohl

Vorweg: Ich bin mehrfach geimpft und habe ein neutrales Verhältnis zu Impfungen. Ich respektiere die Entscheidung jedes Menschen, sich impfen zu lassen, versuche niemanden davon zu überzeugen, sich nicht impfen zu lassen und trage auch solidarisch und gerne die dafür anfallenden Kosten mit (mit einigen Einschränkungen, siehe Gründe 20 und 26). Ich lege hier meine persönlichen Gründe dar, weil ich:

a. zeigen möchte, dass Menschen wohlüberlegt aus guten und sehr unterschiedlichen Gründen von einer Impfung Abstand nehmen; und dass es sich nicht um prinzipielle Impfgegner*innen handeln muss;
b. nicht abgewertet werden möchte, wenn ich eine andere Meinung oder ein anderes Gesundheitsverständnis als die Regierung habe;
c. keine Nachteile erleiden möchte, wenn ich mich anders entscheide;
d. zeigen möchte, dass eine solche Diskriminierung nicht gerechtfertigt ist;
e. die aufziehende Impfpflicht aufhalten und verhindern möchte.

Meine Vision ist das friedliche Miteinander von Menschen mit und ohne Impfung sowie die freie persönliche Entscheidung auf Basis sachlicher und ausgewogener

Information ohne Nachteile für oder Druckausübung auf eine der beiden Gruppen. Eine Demokratie muss es aushalten, dass Menschen zu privaten und persönlichen Themen unterschiedlicher Meinung sind, dass sie unterschiedliche Gesundheitsverständnisse haben und entsprechend unterschiedliche Entscheidungen treffen. Und sie muss im Zweifels- und Dissensfall die Grundrechte schützen. Dazu zählen die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz Art. 2 (2)), der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 (1)) sowie des weltanschaulichen Bekenntnisses, wozu auch das Gesundheitsverständnis gezählt werden kann (Art. 4 (1)). Über diesen Grundrechten bildet das Prinzip der Menschenwürde (Art. 1 (1)) eine einende Klammer und einen schützenden Schirm.

Hier nun meine Gründe:

1. Das Prinzip der Gesundheitskompetenz gesteht jedem Menschen zu, zu wissen, was für sie oder ihn richtig ist. Es gibt verschiedene Gesundheitsverständnisse, und die letzte Instanz darüber, was für die eigene Gesundheit das Beste ist, ist jede Person selbst. Neben evidenzbasierter Information zählt auch die Intuition zu dieser basalen Form der Selbstbestimmung. Ich spüre, dass mein Körper mir derzeit kein grünes Licht gibt für eine Corona-Impfung. Das ist meine ganz persönliche Entscheidung, wie ich mich für eine Beziehung, einen Lebensort, einen Beruf oder das Leben einer empfundenen sexuellen Orientierung entscheide. Solche persönlichen Entscheidungen sind mit der Menschenwürde begründet und grundrechtlich geschützt. In dieser Haltung werde ich von zahllosen und prominenten Wissenschaftler*innen bestärkt (Kanadische Wissenschaftler*innen, 2. 8. 2021) (12 Schritte aus der Corona-Krise, 15. Oktober 2021).

2. Persönlich habe ich großen Respekt, aber keine Angst vor dem Virus, ich zähle mich mit 48 Jahren nicht zu einer Risikogruppe, ich habe keine schweren Vorerkrankungen, achte auf meine Gesundheit und vertraue meinem Immunsystem. Eine altersgruppenspezifische Sterblichkeitsuntersuchung eines Forscher*innenteams um Meyerowitz-Katz (der unter anterem von der Bill & Melinda Gates Foundation finanziert wird) ermittelte eine Infektionssterblichkeit von 0,4% (Andrew Levin et al, medRxiv, 31.10.2020); John P. Ioannidis (dem ich u. a. aufgrund dieses Interviews mehr vertraue) bei unter 70-Jährigen von 0,05% (Ioannidis, Bulletin of the WHO, 14.10.2020). Nun tanze ich regelmäßig, bin viel im Wald und an der frischen Luft, ernähre mich ohne Fertiggerichte und Mikrowelle, verzichte auf Fleischkauf und Süßigkeiten im Supermarkt, und ich komme ohne Alkohol- oder Zigarettenmissbrauch aus. Einer Studie zufolge verringert allein schon regelmäßige körperliche Bewegung das Sterberisiko im Falle einer Infektion um den Faktor vier

(Lee et al., British Journal of Sports Medicine, 30.6.2021). Laut einer Anfragebeantwortung des österreichischen Gesundheitsministeriums an den Verfassungsgerichtshof sind 2020, im ersten Pandemiejahr in meiner Altersgruppe der 45-50-Jährigen weniger als 20 Menschen an Covid-19 gestorben. Bei den unter 15-Jährigen gab es in Österreich keinen Todesfall und bei den 15- bis 30-Jährigen vier Todesfälle (Gesundheitsministerium, 21.2.2022). Mein Risiko ist also sehr begrenzt, andere Lebensrisiken sind größer.

3. Bei den beworbenen Produkten von Moderna, BioNTech/Pfizer & Co. handelt es sich um neue Technologien. Bisher arbeiteten Impfstoffe in der Regel mit abgeschwächten oder abgetöteten Erregern („Totimpfstoffen“), sodass diese keine schwere Infektion mehr hervorrufen können. Allerdings bleiben ihre Merkmale, die Antigene, auf der Zelloberfläche erhalten. So kann der Erreger vom Immunsystem immer noch als fremd erkannt werden. Dies führt dazu, dass der Erreger mitsamt der als fremd erkannten Zelle vernichtet wird. Die neuartigen mRNA-Impfstoffe basieren auf einer ganz anderen Technologie: mRNA wird, „eingemantelt“ in eine Fett-Hülle, in Zellen eingeschleust, wo sie die Produktion von Spike-Proteinen auslöst. Daraufhin wird die mRNA nach bisherigem Erkenntnisstand rasch abgebaut. Die produzierten Spikes (Antigene), die auf der Zelloberfläche aufscheinen, rufen das Immunsystem auf den Plan: Antikörper vernichten Spike und Zelle (CDC, Understanding mRNA Covid-19 Vaccines, 4.1.2022) (akademie der naturwissenschaften, Covid-19 Impfung erklärt, 4.1.2022). Die langfristigen Folgen dieser neuartigen Technologie sind – notwendigerweise, aufgrund bisher nicht erfolgter Langzeitstudien – unbekannt.

4. Diese neuen Technologien sind bisher in der EU nur bedingt zugelassen. Bisher nahm die Zulassung von Impfungen viele Jahre in Anspruch: zwei bis fünf Jahre für die Entwicklung im Labor, weitere zwei bis fünf Jahre für die klinischen Studien, und bis zu zwei Jahre für das Standard-Zulassungsverfahren (AGES, 17. 10. 2021). Bei den neuen Technologien wurde dieser Prozess auf ein einziges Jahr „teleskopiert“. Selbst in den Verträgen wird darauf verwiesen, dass derzeit unbekannte Langzeitfolgen nicht ausgeschlossen werden können. In so einer Situation möchte ich jedenfalls die vollständige Zulassung abwarten.

5. Es gibt von berufener Seite fachliche Warnungen, welche auf mich als Laien zumindest nicht unplausibel wirken. Zum Beispiel vom Immunologen Univ.-Prof. Dr. Dietrich Schönitzer, vom Pharmakologen Univ.-Prof. Dr. Hartmut Glossmann oder vom österreichischen Biotechnologie-Pionier Hans Loibner. Dietrich Schönitzer schreibt in seiner seiner Stellungnahme zum österreichischen Impfpflichtgesetz:

„Das Problem besteht jedoch darin, dass die Spikes zumindest eine gewisse Zeit, wahrscheinlich dauerhaft, an den körpereigenen Zellen anhaften und die aktivierten Killerzellen beziehungsweise Antikörper (falls die Impfung wirkt!) die mit Spikes fremd-markierten Zellen des Geimpften zerstören. Folge ist eine immunologische Zell- und Gewebszerstörung bei den geimpften Personen, die zu den bekannten Thromboembolien, zur Zerstörung von Herzmuskelzellen, Lungen- und Nierengewebe, und letztlich zu einer Erschöpfung des Immunsystems führen. Auffrischungsimpfungen verstärken diese Effekte, weil frisch durch die Boosterung entstandene Spikes auf inzwischen gebildete Antikörper stoßen. Dadurch werden mit hoher Wahrscheinlichkeit Akutreaktionen und Autoimmunreaktionen als Langzeitfolge entstehen (…).“ Hartmut Glossmann schreibt in seiner Stellungnahme: „Das Spike Protein ist ein wesentliches toxisches Prinzip von SARS-CoV1, MERS und SARS-CoV2: Es aktiviert die Blutgerinnung, u.a. in Blutplättchen, auf Gefäß-Endothelien, führt zu Mikrothrombosen, lässt Zellen fusionieren (Synzytien-Bildung), attackiert Herzmuskelzellen, aktiviert Monozyten und zieht ein wichtiges Regulationssystem des Blutdrucks aus dem Verkehr. Es ist heute gesichert, dass Spikes über Wochen und Monate nach Injektion im Plasma, in Blutzellen und extrazellulären Vesikeln beim Menschen nachzuweisen sind. Kumulation, auch der toxischen Wirkungen ist nach mehrmaliger Injektion zu erwarten.“ Und schließlich Loibner, der gemeinsam mit dem Star-Forscher und Mikrobiologen Josef Penninger Apeiron gegründet hatte und dort bis 2018 Vorstandsvorsitzender war: „Bei Covid-Impfungen weiß man jedoch nicht, wie viele Antigene der Körper produziert, wohin sie gehen, wie lange sie da sind und ob und wie dieses Spike-Protein mit diversen Geweben reagieren.“ Er spricht von „Desensibilisierung“ des Immunsystems durch wiederholte Impfungen: „Wenn Sie zu oft nachimpfen, begeben Sie sich auf den besten Weg, das Präparat unwirksam zu machen.“ (NEWS 3/2022, S. 24-26).

6. Nun zu den bisher bekannten Infos zu Impfschäden und Nebenwirkungen. In Österreich gibt es laut Bundesamt für die Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) bisher 36.795 gemeldete Nebenwirkungen nach 10,9 Millionen Impfungen, darunter schwere Folgen wie thrombotische Thrombozytopenie (VITT), Herzmuskelentzündungen (Myokarditis) oder anaphylaktische Reaktion sowie 168 Todesfälle (BASG, 14. 10. 2021); in Deutschland nach den Zahlen des Paul-Ehrlich-Instituts bisher 156.360 Nebenwirkungen bei 101,9 Millionen Impfungen bis August 2021, davon 9,7 Prozent schwerwiegend (s. o.) und 1.450 Todesfälle (PEI, 20. 9. 2021), die als Verdachtsfälle in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung geführt werden. Auf der Website des PEI sind aktuell acht Rote-Hand-Briefe zu schweren

Nebenwirkungen der Covid-19-Vakzine veröffentlicht (PEI, 13. 10. 2021). Bei den gemeldeten Todesfällen ist der Zusammenhang zur Impfung in der überwiegenden Zahl der Fälle unklar, und durch Obduktion nachgewiesen sind nur einzelne Fälle (Dr.in Janine Kimpel, Universität Innsbruck, Youtube, 15. 10. 2021). Anders als bei den „Covid-19-Toten“ aber, die nach einem positiven PCR-Test in zeitlicher Nähe zum Todeseintritt automatisch als Covid-19-Todesfälle in die Statistik eingehen (unabhängig davon, woran sie ursächlich gestorben sind), wird hier sehr penibel auf erforderliche Obduktionsergebnisse verwiesen, bevor eine „in Zusammenhang mit“ der Impfung verstorbene Person auch als „Impftote“ gewertet wird. Diese ungleiche Vorgehensweise ist schwer verdaulich. Auch wenn das Risiko gering ist: Die Entscheidung für eine Impfung *kann* mein Todesurteil sein. Bis hierher ging es nur um die *gemeldeten* Impfschäden.

7. Bezüglich der Meldung von Nebenwirkungen werden „passive Meldesysteme“ und „aktive Meldesysteme“ unterschieden. Bei passiven Meldesystemen werden nur jene Nebenfolgen registriert, die von Ärzt*innen oder Betroffenen gemeldet werden. Doch auffallend viele Impfschäden werden nicht gemeldet. Ich selbst habe in meinem unmittelbaren Umfeld von zahlreichen Betroffenen erfahren, die kurz nach der Impfung schwer erkrankt, gestorben oder bis heute berufs- oder sogar spazierunfähig geblieben sind. Hier einige Fälle:

- Bekannter in Wels: Frau war zwei Tage mit Durchfall und Erbrechen knapp vor Krankenhauseinlieferung, keine Meldung;
- Nachbarin einer Bekannten in Amstetten: gestorben vier Tage nach der Impfung, davor „pumperlgsund“, Obduktion (gegen Willen der Behörden durchgesetzt) ergab: Feinthrombosen, dennoch keine Meldung, Begründung: mit 74 Jahren kann mensch jederzeit sterben;
- Bekannter in Berlin: befreundete 32-jährige Mutter von zwei Kindern gestorben;
- Freund einer Bekannten: beide Onkel in UK nach der Impfung gestorben;
- Freunde einer Bekannten: Opa 87-jährig zwei Wochen nach Impfung gestorben;
- Vater einer Bekannten: ihm bekannter 29-Jähriger nach Impfung gestorben;

- Bekannte in Niederösterreich: drei Freund*innen betroffen, eine davon berufsunfähig, eine spazierunfähig;
- Freundin einer Freundin: Regelblutung seit der Impfung permanent, davon sind laut Berichten viele Frauen betroffen (Der Standard, 8.7.2021);
- Vorgesetzter einer Freundin in Innsbruck: Hämatome am ganzen Körper (diese wurden als einzige gemeldet);
- Schwester einer Bekannten: 3 Tage schwere Krankheit nach 2. Moderna-Impfung, sodass sie ganz sicher keinen 3. Stich will;
- Bekannte in Wien: Oma im Seniorenheim kurz nach der Impfung gestorben, mitsamt der gesamten Abteilung (!), dennoch keine Meldung durch die zuständigen Ärzte, weil sie meinten, sie seien an Covid-19 gestorben;
- Freund*innen am Bodensee: Auch hier eine komplette Abteilung im Senior*innenheim gestorben – keine Meldung, keine Untersuchung!

Diese möglichen Nebenwirkungen wurden aus unterschiedlichen Gründen nicht gemeldet, u. a. aus Angst vor Konsequenzen, aus Ungläubigkeit, dass dieser so massiv beworbene „einzige Weg“ (Sebastian Kurz, ORF, 22.9.2021) auch Nachteile haben könnte, aus Scham oder schlicht weil keine Energie und Aufmerksamkeit für Bürokratie da ist aufgrund des familiären Todesfalls.

Aus diesem Grund arbeiten aktive Meldesysteme umgekehrt: Sie fragen gezielt bei Ärzt*innen und Geimpften nach. Bei Pocken ergaben Untersuchungen, dass die Anzahl der Nebenwirkungen mindestens 7,5 Mal höher liegen kann (infosperber, 17.10.2021). Anderen Studien zufolge sind die Nebenwirkungen im wirklichen Leben drei- bis viermal häufiger als in pharmakologischen Studien. Der schwedische Arzt Sebastian Rushworth schreibt: „Wenn die Ergebnisse der Zulassungsstudien und die realen Daten so stark voneinander abweichen, dann stellt sich die Frage, ob wir ihnen überhaupt vertrauen können. Es wäre durchaus vernünftig zu sagen, dass jede von den Pharmakonzernen vorgelegte “Evidenz” so suspekt ist, dass sie geradewegs zurückgewiesen werden sollte, und dass nur unabhängig finanzierte Studien als Basis für Entscheidungen zu ärzlichen Behandlungen herangezogen werden sollten.“ (Rushworth, 19.7.2021).

8. Der Chefpathologe der Universität Heidelberg, Peter Schirmacher, spricht von einer „hohen Dunkelziffer“ bei den Impftoten, weil nur sehr wenige Obduktionen vorgenommen würden (aerzteblatt.de, 2. 8. 2021). Bei den von ihm in einem Projekt vorgenommenen 33 Obduktionen von Verstorbenen nach einer Impfung fand er bei 30 bis 40 Prozent einen Zusammenhang mit der Impfung. Diese Zahlen werden von Kolleg*innen teils stark angezweifelt, einhellig werden aber mehr Obduktionen gefordert, um zu genaueren Daten zu kommen (infosperber, 19. Oktober 2021).

9. Es gibt auch Fälle, bei denen Ärzt*innen die Meldung aus ideologischen Gründen verweigert haben. Eine Berliner Opernsängerin ist infolge der Impfung berufsunfähig geworden. Der Arzt, der sie geimpft hatte, weigerte sich, eine Meldung an das Paul-Ehrlich-Institut vorzunehmen (Berliner Zeitung, 17. 9. 2021).

10. Es gibt Präzedenzfälle von Impfkampagnen, die massiv beworben wurden und sich danach als Fehler herausgestellt hatten: Der Schaden war größer als der Nutzen – so etwa bei der Impfkampagne gegen die Schweinegrippe, die von Vietnam-Heimkehrern in den USA ausgelöst wurde. Die Regierung befürchtete eine Million Tote. 45 Millionen US-Bürger*innen ließen sich daraufhin impfen. Als Nebeneffekt traten bei einigen hundert Menschen Lähmungen auf, an denen 25 starben. Nur ein Patient starb dagegen an der Schweinegrippe („Profiteure der Angst“, arte/NDR, 23.11.2009). Der deutsche Schauspieler Til Schweiger ließ sich und seine Töchter unnötiger Weise gegen die Schweinegrippe impfen, als Folge davon leidet nun eine der Töchter an Narkolepsie (Marchart, „Eine andere Freiheit“, 9.9.2021).

11. Nutzen-Risiko-Abwägung. Laut einigen Analysen ist bei Menschen unter 30 das Risiko größer als der Nutzen – nicht weil die Impfschäden so häufig wären, sondern weil schwere Covid-19-Verläufe in dieser Altersgruppe so selten sind (infosperber, 12.10.2021). Nun bin ich zwar in meinen Vierzigern und nicht unter 30, jedoch ist das nur ein Durchschnittswert. Bei einzelnen 30-Jährigen kann der Nutzen der Impfung größer sein als das Risiko, und umgekehrt mag ein fitter 50-Jähriger ein geringeres Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken, als ein adipöser 30-Jähriger.

12. Infolge unverändert bestehender Fragezeichen gibt es für manche Impfstoffe weder Empfehlungen noch Zulassungen. Schweden und Finnland haben Anfang Oktober 2021 die Impfung mit dem Covid-19-Impfstoff von Moderna für Personen unter 30 Jahre pausiert. Dänemark setzt diese Impfung gegenwärtig bei den unter 18-Jährigen nicht mehr ein. Eine skandinavische Studie zeigte ein erhöhtes Risiko

für Herzmuskelentzündung bei Personen in dieser Altersgruppe nach Impfung mit der Moderna-Vakzine (ORF, 6. 10. 2021) (infosperber, 17. 10. 2021). In der Schweiz wurde der AstraZeneca-Impfstoff nicht zugelassen, weil der Zulassungsbehörde die Daten für die Beurteilung von Nutzen und Risiko nicht ausreichten (Ärzteblatt 4.2.2021).

13. Manche Originaldaten der Zulassungsstudien, welche die Auswirkungen der Impfung auf Kinder betreffen, sind noch unter Verschluss und werden erst 24 Monate nach Abschluss der Studien veröffentlicht! (Univ.-Prof. Dr. David Martin, Eine andere Freiheit, 9.9.2021, min. 28).

14. Es ist mittlerweile wissenschaftlich gut erforscht, dass das natürliche Immunsystem nach durchgemachter Krankheit einen viel breiteren und länger andauernden Immunschutz gegen das Sars-CoV-2-Virus bietet als die Impfung (Dorothee von Laer, ORF, 12. 9. 2021) (Gazit et al., Medrxiv Preprint, 25. 8. 2021) (Cho et al, Biorxiv, 30. 8. 2021) (Ivanova et al., medRxiv, 21. 4. 2021) (Dr. John Campbell, 2. 10. 2021) (Tagblatt, 20.10.2021). STIKO-Mitglied Christian Bogdan meint: „Wer eine Corona-Infektion durchgemacht und gut überstanden hat, steht sicherlich mit einer breiteren und stabileren Immunantwort da als ein Geimpfter. Beim Kontakt mit dem ganzen Virus erstreckt sich die Immunantwort nicht nur auf das Spike-Protein, sondern auf weitere Virusbestandteile. Ein größeres Spektrum von Lymphozyten wird aktiviert.“ (nordbayern.de, 29. 5. 2021). Angesichts dieser Sachlage macht eine Impfung doch nur Sinn, wenn zuvor die natürliche Immunität getestet wurde – nicht nur auf (kurzlebigere) Antikörper, sondern auch auf (langlebige) Gedächtniszellen. Nur wenn beide negativ sind, sollte überhaupt geimpft werden. Dass der politische Diskurs Genesene und das natürliche Immunsystem ausblendet (kein Test vor der Impfung) oder mit „Drüberimpfen“ als minderwertig behandelt, macht mich wirklich misstrauisch. Das offizielle Narrativ verherrlicht die Impfung und ignoriert das menschliche Immunsystem, das sich in Jahrmillionen entwickelt und seine Leistungsfähigkeit bewiesen hat. Die Schlechterstellung Genesener gegenüber Geimpften durch die 2-G-Regel in Wiener Nachtlokalen war wissenschaftlich widersinnig (vienna.at, 24. 7. 2021). Dass nun sogar über den Ausschluss von Genesenen aus weiten Teilen des öffentlichen Lebens (1G) nachgedacht wird, obwohl sie über einen besseren Immunschutz verfügen als Geimpfte, erschüttert mein Vertrauen nicht nur in die Grundrechts-, sondern auch in die Gesundheitskompetenz der Regierung. Umso geringer ist mein Impuls, ihrer Empfehlung unüberlegt zu folgen.

15. Die kollektive Immunität mit (hohem) Anteil natürlicher Immunität ist

zuverlässiger und nachhaltiger als in einer komplett geimpften Bevölkerung. STIKO-Mitglied Christian Bogdan meint: „Man könnte sich sogar fragen, ob das Durchmachen einer Infektion in Altersgruppen, die nur ein extrem geringes Risiko für einen schweren Verlauf haben, nicht sogar ein Vorteil wäre“ (nordbayern.de, 29. 5. 2021). Lavine et al. schreiben: „Die Impfung von Kindern könnte die Frequenz von großen saisonalen Epidemien erhöhen und zu allgemeinen virusbedingten Erkrankungen und Sterblichkeit führen“ (Lavine et al., BMJ, 13. 5. 2021). Die Impfung von Nichtrisikogruppen schwächt die kollektive Immunität und erhöht das allgemeine Sterberisiko. Der Kinderarzt Martin Hirte schreibt: „Die Impfung von Altersgruppen, die kein relevantes Krankheitsrisiko haben (Kinder, gesunde jüngere Erwachsene), ist wahrscheinlich ein Riesenfehler. Man hindert eine ganze Generation daran, sich zuverlässig und dauerhaft zu immunisieren, und auch vor Mutationen weitgehend zu schützen.“ (Martin Hirte, laufender Blog). Durch die von Mensch zu Mensch unterschiedlichen Antikörper wird auch die Ausbildung und Verbreitung von Mutationen gehemmt, da das Virus gar nicht mehr „weiß“, in welche Richtung es mutieren soll (Martin Hirte, laufender Blog). Ein weiterhin zirkulierender Wildvirus ist zudem aus gesundheitsökologischer Sicht nützlich: Er frischt kontinuierlich die Immunität der Genesenen und Geimpften auf, was SARS-CoV2 mit der Zeit zu einem Virus macht, der wie viele andere Viren im Winterhalbjahr zu harmlosen Erkältungen führt. In der Übergangszeit von der Pan- zur Epidemie gilt es jedoch, die Risikogruppen besonders zu schützen, auch durch Impfung.

16. Die Impfung bietet nur rund 180 Tage Schutz, weil sie primär die Produktion von – kurzlebigen – Antikörpern bewirkt. Deren Kurzlebigkeit hat damit zu tun, dass ihre Produktion für den Körper energieaufwendig ist. Das Immunsystem besteht jedoch „energiesparend“ und arbeitsteilig aus mehreren Dimensionen. Eine weitere sind die B- und T-Gedächtniszellen. Diese „merken“ sich Viren auch über viele Jahre, und wenn diese zurückkommen, produzieren die Gedächtniszellen u. a. frische Antikörper – denn es wäre „Verschwendung“, Antikörper dauerhaft zu produzieren, wenn gerade kein Kontakt mit einem Virus besteht. Nebeneffekt – oder ihre Hauptintention, das ist eine offene Frage – ist es, dass Pharmakonzerne ein regelmäßiges und äußerst ertragreiches Geschäft machen. Infolge der kurzen Wirkdauer der Impfung hat Österreich – mit 8 Millionen Einwohner*innen – 42 Millionen Impfdosen gekauft (ORF, 5.5.2021). Die EU – mit 448 Millionen Einwohner*innen – sicherte sich bislang 4,6 Milliarden Impfdosen (euobserver, 4.11.2021). Diese Giga-Zahlen schwächen mein Vertrauen weiter: Wie unnachhaltig muss die Wirkung der Impfung sein, dass die EU je Einwohner*in mehr als zehn

Impfdosen auf Vorrat kauft? Zudem belegen diese Zahlen erneut, dass die Regierung ihre Rechnung ohne die Genesenen macht – die bräuchten gar keine Impfung. Und sie erinnert mich an die Ankündigung von Bill Gates im Frühjahr 2020: „We will vaccinate seven billion people." – im Indikativ und in der pluralen ersten Person! (Tagesschau, 12.4.2020) Ich kritisierte diese Aussage schon damals (Felber, Youtube, 12.5.2020). Es gibt offenbar Kreise, deren offenes Ziel es ist, alle Menschen zu impfen – unabhängig davon, ob sie es *wollen*; unabhängig davon, ob sie es *brauchen*; und unabhängig davon, ob es vielleicht bald ein ebenso wirksames oder noch wirksameres Medikament gegen Sars-CoV-2 geben wird.

17. Die Wirksamkeit der Impfung kann unterschiedlich dargestellt werden. Die Wissenschaft unterscheidet zwischen Relativer Risiko-Reduktion (RRR) und Absoluter Risiko-Reduktion (ARR). Ein Autor*innenteam schreibt in „The Lancet": „Je nachdem, wie der Effekt dargestellt wird, ergibt sich ein sehr unterschiedliches Bild." ARR berücksichtigt das Risiko mit, überhaupt mit Covid-19 infiziert zu werden, indem die gesamte Bevölkerung einbezogen wird, anstatt nur Krankheitsverläufe mit und ohne Impfung zu vergleichen (RRR). Die Autor*innen schreiben: „ARRs werden üblicherweise ignoriert, weil sie eine deutlich weniger beeindruckende Wirkung ergeben als RRRs: 1,3% für die Impfung von AstraZeneca–Oxford, 1,2% für Moderna–NIH, 1,2% für J&J, 0,93% für Sputnik V/Gamaleya, und 0,84% für Pfizer–BioNTech." (Olliaro et al., The Lancet, 20.4.2021).

18. Neuere Studien zeigen, dass die Impfung a) weder vor Infektion b) noch sicher vor schwerer Erkrankung und c) dem Tod schützt – und d) auch nicht davor, andere anzustecken (Infektiosität).

a. In sechs US-Bundesstaaten – California, Colorado, Massachusetts, Oregon, Utah, Vermont und Virginia – waren im August zwischen 18 und 28 Prozent der neu Infizierten Geimpfte, ihr Anteil an den Hospitalisierten beträgt 12 bis 24 Prozent (New York Times, 17. 8. 2021). Anfang September 2021 hatte Israel trotz hoher Durchimpfung die höchste Infektionsrate weltweit (Our World In Data, The Times of Israel, 14.9.2021). In Deutschland sind die Statistiken nur bedingt aussagekräftig: Wenn bei Geimpften keine Krankheitssymptome vorliegen, gilt das offiziell nicht als „Impfdurchbruch" und geht nicht in die Statistik ein (RKI, 2.9.2021). Geimpfte werden auch wesentlich seltener getestet als Ungeimpfte. Demzufolge sind Infektionen bei „Geimpften" und „Ungeimpften" statistisch nicht vergleichbar. Dennoch lag im Sommer 2021 die so gemessene Rate der Impfdurchbrüche bei über 60-jährigen Covid-19-Patient*innen bei 40 Prozent, bei 18- bis 59-jährigen bei 18 Prozent (RKI,

1.9.2021). Das Narrativ von der „Pandemie der Ungeimpften“ ist nicht haltbar. Die absurdesten Ergebnisse kommen ganz aktuell aus Großbritannien: In den Kalenderwochen 37 bis 40 waren die Infektionsraten (je 100.000 Personen) bei den vollständig Geimpften höher als bei den Ungeimpften. In meiner Alterskohorte lag das Infektionsrisiko sogar doppelt so hoch (UK Health Security Agency, COVID-19 vaccine surveillance report Week 41, 14.10.2021). Angesichts solcher Zahlen wäre es vielleicht sogar fahrlässig, mich impfen zu lassen.

b. Bei den Hospitalisierungen je 100.000 Menschen gibt es Zahlen aus Großbritannien in den Wochen 38-41. Bei den 18- bis 29-Jährigen mussten von den doppelt Geimpften 1,3 Personen von 100.000 ins Krankenhaus vs. 5,9 von den Nichtgeimpften (Faktor 4,5); bei den 40- bis 49-Jährigen (meine Alterskohorte) waren es 6,5 vs. 27,4 (Faktor 4,2); bei den 60- bis 69-Jährigen 12,8 vs. 44,5 (Faktor 3,5) und bei den > 80-Jährigen 53,4 vs. 106,7 (Faktor 2). Diese Zahlen bestätigen, dass die Impfung aktuell vor schweren Verläufen schützt, jedoch nur um den Faktor 2 bis 4,5 (UK Health Security Agency, Week 42/2021, S. 14).
c. Zu den Todesfällen: In der Schweiz sind seit Juli fast 25 Prozent der Covid-19-Toten doppelt geimpft (Neue Zürcher Zeitung, 23.8.2021). In Großbritannien starben in den Wochen 38-41, je 100.000 Einwohner*innen, von den doppelt Geimpften 18- bis 29-Jährigen 0,1 Personen vs. 0,3 Personen unter den Nichtgeimpften (Faktor 3); bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 0,5 vs. 2 (Faktor 4); bei den 60- bis 69-Jährigen 4,2 vs. 19,5 (Faktor 4,6) und bei den > 80-Jährigen 45,7 vs. 117 (Faktor 2,5) (UK Health Security Agency, Week 42/2021, S. 15). Auch hier gilt, dass die Impfung bis zu einem gewissen Grad vor Covid-19-Infektionen mit Todesfolge schützt, aber eben nur das: bis zu einem gewissen Grad. In Deutschland starb z.B. der beliebte Schauspieler Wilfried Dzaiallas nach doppelter Impfung an Corona (focus.de, 25.9.2021), in den USA Ex-Außenminister Colin Powell (ORF, 18.10.2021).
d. Auch bei der Viruslast verschwimmen die Unterschiede zwischen infizierten Geimpften und nicht Geimpften (The Guardian, 28.10.2021). Die Impfung führt nicht zu Antikörpern im Speichel oder auf der Rachenschleimhaut. Geimpfte können daher das Virus unbemerkt in sich tragen und weitergeben (mdr, 6.5.2021). Laut einer aktuellen Studie aus Holland ist die Virenlast vergleichbar: Während 85 Prozent der infizierten Ungeimpften ansteckend waren, waren es bei den Geimpften 68 Prozent – das ist kein großer Unterschied (scienceORF, 25.8.2021) – jedenfalls keiner, der eine Diskriminierung oder blinden Glauben an die Impfung rechtfertigen würde.

> Christian Drosten bestätigt das: „Man hat aber eben keinen guten Schutz gegen die Übertragung. Das ist natürlich die große Last, die die Politik in allen Ländern, nicht zuletzt auch in Deutschland, in den kommenden Wochen verhandeln muss.“ (ndr, 28.9.2021).

19. Die Regierungen investierten 2020 weltweit 88,3 Milliarden Euro in Covid-19-Impfstoffe (businesswire, 11.1.2021). Das entspricht rund neun Prozent des Weltpharma-Umsatzes in diesem Jahr (statista.com, 10.9.2021). Pfizer machte im 1. Halbjahr 2021 einen Gewinn von 10,4 Milliarden US-Dollar (Pfizer 2021). BioNTech machte im 1. Halbjahr 2021 einen Gewinn von vier Milliarden Euro. Das ist zuviel an Profit und ökonomischer Macht. Trotzdem erhöhten BioNTech/Pfizer Mitte 2021 die Preise um satte 25 Prozent (Wirtschaftswoche, 13.9.2021). Diese Daten fördern kein Vertrauen.

20. Was ich nicht verstehe: Wenn öffentliche Gesundheit das Ziel ist, wieso unterstützen die Regierungen das Profitstreben der Konzerne erst mit Milliardenförderungen, ohne danach Zwangspatente zu erlassen, damit möglichst alle Menschen, die es wünschen, geimpft werden können? In den meisten Ländern gab es bis in die 1970er Jahre gar keine Patente in der Medizin, in Ländern wie Indien bis zum WTO-Beitritt 1995 nicht, weil Gesundheit als ein Menschenrecht angesehen wurde. Selbst im WTO-Recht ist für Notfälle die „compulsory licence“ vorgesehen. Ich frage, wenn eine Pandemie wie die aktuelle keinen Notfall darstellt, was dann? Logisch wäre, dass in einer Pandemie automatisch das Patentrecht ausgesetzt würde, sonst entstünde ja der fatale Anreiz, sich in einer Pandemie auf Kosten der Allgemeinheit zu bereichern – durch die Beeinflussung von Parametern bei Zulassungsverfahren oder direkt der Erklärung einer Pandemie. Ungereimtheiten wie diese erschüttern mein Vertrauen in die Vorgangsweise der Regierungen. Wenn sie sich möglicherweise in einigen sensiblen Aspekten von der Pharma-Lobby beeinflussen lassen, warum dann nicht auch in anderen?

21. Profitorientierte Pharmakonzerne sind immer wieder in schwere Kriminalfälle verwickelt und werden rechtskräftig verurteilt. Zuletzt einigte sich der Impf-Hersteller Johnson & Johnson gemeinsam mit drei Pharmahändlern auf einen Vergleich, für den sie zusammen 26 Milliarden US-Dollar bezahlen werden, J&J allein fünf Milliarden US-Dollar. Hintergrund: Zwischen 1999 und 2019 sind in den USA etwa eine halbe Million Menschen durch Überdosen von verschreibungspflichtigen Schmerzmitteln und illegalen Drogen ums Leben gekommen (ORF, 5.9.2021). Zum Vergleich: Seit Pandemiebeginn bis Mitte Oktober 2021 sind 720.000 Menschen in den USA offiziell an Covid-19 verstorben (ourworldindata.org, 16.10.2021).

Pfizer wurde bereits 2009 im „größten Kriminalfall in der Geschichte des Gesundheitswesens“ zur höchsten Strafe verurteilt, die jemals für ein Verbrechen verhängt wurde: 1,2 Milliarden US-Dollar. Zusammen mit weiteren Strafen und Vergleichskosten zahlte das Unternehmen insgesamt 2,3 Milliarden US-Dollar – wegen Betrugs über die Zulassung und Verwendung des entzündungshemmenden Mittels Bextra, des Antipsychotikums Geodon, des Antibiotikums Zyvox und des Antiepileptikums Lyrica (The United States Department of Justice, 2.9.2009). Einer der wichtigsten Vertragspartner der Pandemie-Staaten war 2009 der größte Verbrecher in der Kriminalgeschichte der USA. Generalstaatsanwalt Tom Perrelli kommentierte, es handelte sich bei der Verurteilung um einen „Sieg der Öffentlichkeit über jene, die danach streben, Profit mit Betrug zu erwirtschaften.“ (The Guardian, 2.9.2009)

Und das war beileibe nicht der einzige Fall. 10.000 Frauen klagten Pfizer wegen des Brustkrebsmittels Prempro, Pfizer zahlte 2012 für Vergleiche eine Milliarde US-Dollar. Weitere 3.000 Patient*innen klagten gegen das Unternehmen in Bezug auf das Psychopharmakum Chantix, bei vielen waren Selbstmordgedanken Folge der Einnahme. Pfizer reservierte im Jahr 2012 288 Mio. US-Dollar für den Rechtsstreit. Für einen Vergleich zu Protonix zahlte Pfizer 2013 55 Mio. US-Dollar. Mit Depo-Testosterone war Pfizer in einen Skandal zu Testosteron-Therapien verwickelt, in dem insgesamt 25.000 Menschen geklagt hatten. Weitere Klagen gab es zu Effexor, Zoloft, Eliquis und Lipitor (drugwatch.com, 17. 10. 2021). 1996 starben in Kenia elf von 200 Kindern, die das Meningitis-Mittel Trovan genommen hatten. Nach langen Prozessen erhielten vier Familien toter Kinder eine Entschädigung von zusammen 700.000 USD. Zudem zahlte Pfizer 35 Mio. US-Dollar in einen lokalen Gesundheitsfonds ein (BBC, 11.8.2011).

Ich breche hier ab, aber ich denke, die gebrachten Beispiele zeigen eindeutig, wie stark die kriminelle Energie ist, die in diesen profitorientierten Pharmakonzernen steckt, und ich fände es geradezu fahrlässig, ihren neuartigen Produkten blind zu vertrauen.

22. Die Gain of function-Research, deren Ziel es ist, Viren infektiöser und tödlicher zu machen, also Biowaffen zu entwickeln, müsste als kriminelle Handlung eingestuft und weltweit gebannt und verboten werden, ähnlich der Entwicklung von Atomwaffen. Immer wieder ist es schon bisher zu Laborunfällen gekommen, ein einziger kann eine globale Pandemie auslösen. Ich frage mich, warum die Gesundheitsminister hier praktisch untätig sind und das Thema nicht einmal diskutieren, obwohl diese Forschungsrichtung die Gesundheit der Menschheit aufs

Höchste bedroht und bereits im Dezember 2013 nicht weniger als 56 Wissenschaftler*innen, darunter drei Nobelpreisträger*innenn, die EU-Kommission öffentlich zum Handeln aufgefordert haben (Roland Wiesendanger, Uni Hamburg, 18.2.2021).

23. Die EMA finanziert sich nach eigenen Angaben zu 86% durch Unternehmen aus dem Pharmabereich (EMA 2021). Die Bill & Melinda Gates Foundation finanzierte die WHO 2018 mit 230 Mio. USD (USA: 280 Millionen, EU-Kommission 75 Mio. USD) und 2020 mit 375 Mio. USD (USA: 108 Mio., EU-Kommission: 243 Mio. USD) (WHO, 9.5.2019 und 7.5.2021). Eine einzelne private Stiftung engagiert sich mit einem Vielfachen des Beitrags der USA und der EU-Kommission? Wohl fühlen würde ich mich nur mit vollkommener Unabhängigkeit öffentlicher Prüf- und Steuerungsbehörden im Gesundheitsbereich.

24. Üblicherweise haftet der Produkthersteller (Produkthaftungsgesetz, Arzneimittelgesetz, Bürgerliches Gesetzbuch). „In den Verträgen zwischen EU und Impfstoffherstellern haben sich allerdings die Vertragsstaaten verpflichtet, die Kosten zu übernehmen, wenn ein Hersteller für Impfschäden haften muss“ (BR24, 25.8.2021). Ich frage mich, wie das sein kann. Das ist nicht nur unfair und ungerecht, sondern auch eine Verhöhnung des Rechtsstaates – wozu gibt es die o. g. Gesetze? Dass die Verträge teils geheim sind, verstört zudem. Das passt mit dem chronischen Solidaritäts-, Gesundheits- und Gemeinwohlappell der Regierungen so gar nicht zusammen. Im geleakten Vertrag mit Albanien ist zu lesen, dass a) die Geheimhaltung 10 Jahre betragen muss; b) der Staat für sämtliche Rechtskosten im Falle von Impfschäden aufkommen muss; c) die Abnahme auch dann zugesichert wird, wenn wirksame Medikamente auf den Markt kommen (infosperber, 8.8.2021). Solche dubiosen Geschäfte flößen mir kein Vertrauen ein. Dass gegenwärtig fünf EU-Abgeordnete die Veröffentlichung der Verträge vor dem EuGH einfordern (euobserver, 4.11.2021), spricht für sich.

25. Pfizer sitzt in einer niederländischen Steueroase Capelle aan den Ijssel, wo es seinen jährlichen Umsatz um die 40 Milliarden US-Dollar und jährlichen Reingewinn von knapp 14 Milliarden USD in den letzten zehn Jahren erzielt und mit zuletzt nur 5 bis 6 Prozent effektiv versteuert. Dadurch entgehen der Allgemeinheit Milliarden an Steuereinnahmen (NL Times, 11.5.2021). Wer so diametral gegen das Gemeinwohl agiert, verliert mein Vertrauen auf jeder Ebene. Mein Gesundheitsverständnis ist ein ganz anderes, und Gesundheitsversorgung und -politik stelle ich mir ganz anders als pharmakonzern-zentriert vor.

26. Dass es auch ganz anders ginge, zeigt das Beispiel des Arztes Jonas Salk, der die Impfung gegen Kinderlähmung entwickelte – und der Allgemeinheit schenkte. Zur Frage, wem das Patent gehöre, meinte er: „Well, the people, I would say. There is no patent. Could you patent the sun?“ (NYT, 25.11.1990) (Youtube, 30.1.2013). Wäre das nicht die solidarischste Lösung überhaupt?

27. Wo sind die Medikamente? Obwohl ich von verschiedenen erfolgreichen Therapien gehört habe, ist in den Leitmedien davon praktisch nichts zu lesen. Erst seit kurzem ist ein Medikament von Merck in Diskussion gekommen. Hier sind Beispiele für andere Medikamente, von denen mensch nur ganz wenig erfuhr.

a. *Artemisinin:* Teeanwendung in Madagaskar, die Todesrate liegt um einen Faktor 50 unter der EU – wieso wird das nicht des langen und des breiten diskutiert (Felber, Corona-Tagebuch, 18.8.2021)?
b. *Ivermectin:* Die Entwickler*in des Wirkstoffes gegen diverse Parasiten hatte dafür den Medizinnobelpreis erhalten. In Indien wurde Ivermectin erfolgreich angewandt (The Indian Express, 12.5.2021). Ich selbst hörte von einem Münchner konfessionellen Krankenhaus, dass sie erfolgreich mit Ivermectin arbeiten. Die Ärztin und Gesundheitsberaterin für Nationale Gesundheitsbehörden und der WHO, Dr. Tess Lawrie, hat 27 Studien zu Ivermectin in einer Metastudie zusammengefasst, mit eindeutigen Ergebnissen (Dr. Tess Lawrie, 9.1.2021) (Bryant, Lawrie et al., Am. J. Ther., 07-08/2021). Andere Expert*innen kamen nach Durchsicht von 14 Studien zu ganz anderen Schlüssen (Popp et al., Cochrane Review, 28.7.2021). Offenbar tobt ein erbitterter Kampf im Hintergrund, der aktuell zu keiner Empfehlung durch die Gesundheitsbehörden geführt hat, die Europäische Arzneimittelagentur EMA warnt vor der Anwendung außerhalb klinischer Studien (EMA, 22. 3. 2021). Ich hoffe, dass die EMA hier vollkommen unabhängig agiert. Neben der finanziellen Abhängigkeit von den Pharmakonzernen (Punkt 23) gibt es auch personelle Verflechtungen mit der Pharmalobby – so war etwa die aktuelle EMA-Vorsitzende Emer Cooke von 1991 bis 1998 Managerin bei der EFPIA, der europäischen Lobbyorganisation der pharmazeutischen Industrie (incl. AstraZeneca, Pfizer, Johnson & Johnson, Merck, GSK, Sanofi) (EMA, 31.10.2021).

Das RKI listet insgesamt 25 Medikamente auf, die für die Behandlung von Covid-19 in Frage kommen oder in Diskussion stehen. Davon sind 16 gar nicht zugelassen (darunter Ivermectin, Hydroxychloroquin oder Vitamin D) und sieben nur bedingt; Artemisinin scheint gar nicht auf. Gerade zwei Medikamente – Dexamethason und

Remdesivir – sind als zugelassen aufgelistet (RKI, 20.10.2021). Die sehr restriktive Vorgangsweise im Vergleich zu den Impfungen fällt hier auf. Anstatt hier breit zu scannen und öffentlich zu diskutieren, wird nahezu ausschließlich auf die Impfung gesetzt. In die Impfung flossen wie geschrieben 88,3 Milliarden Euro Steuergelder, in Medikamente-Entwicklung gerade einmal 4,7 Milliarden Euro (businesswire, 11. 1. 2021).

Wichtiges Detail in diesem Zusammenhang: Voraussetzung für die bedingte Zulassung der mRNA-Produkte ist, dass es „kein optimal geeignetes Medikament“ gibt (AGES, 17. 10. 2021). Ob das der Hintergrund für den heftigen Streit zu Ivermectin ist, kann ich nicht beurteilen. Fest steht, dass es aus der Sicht der Impfkonzerne nicht nur vorteilhaft, sondern spielentscheidend ist, dass es offziell *kein* wirksames Medikament gegen Covid-19 gibt – dann gäbe es keine vorläufigen Zulassungen.

28. Wie sieht es mit den traditionellen Impfungen (mit totem Virusmaterial) aus? Bisher haben die Totimpfstoffe der beiden chinesischen Pharmaunternehmen Sinopharm und Sinovac eine WHO-Notfallzulassung erhalten (dw.com, 16. 9. 2021), von Sinovac ist ein Antrag bei der EMA anhängig. Das österreichische Unternehmen Valneva ist ebenfalls daran, eine Totstoffimpfung gegen Covid-19 zu entwickeln und hofft auf eine EU-Zulassung in der ersten Jahreshälfte 2022 (ORF, 7. 9. 2021). Das könnte ich mir prinzipiell vorstellen. Ich würde jedenfalls eine Totstoffimpfung einer mRNA-Technologie vorziehen. Die Regierungslinie, Auffrischungsimpfungen ausschließlich mit mRNA-Stoffen durchzuführen (ORF, 17. 8. 2021), verstärkt wiederum mein Misstrauen. Warum keine Vielfalt, warum alles auf eine Karte setzen?

29. Das Fremdschutz-Argument ist für mich nicht stichhaltig. Denn wenn die Impfung „die einzige Lösung“ ist, dann sind doch die Geimpften geschützt. Und es müssen nicht jene behelligt werden, die dieses pharmazeutische Produkt aus welchen Gründen auch immer nicht in ihren Körper spritzen lassen wollen. Wie logisch ist es, die Bevölkerung mit Diskriminierung und Grundrechtseinschränkungen zur „einzigen Lösung“ zu drängen und mit Schikanen zu erpressen, und dieser Lösung selbst gleichzeitig so wenig zu vertrauen, dass die Ungeimpften *zum Schutz der Geimpften* geimpft werden sollen? Das ist ein peinlicher Logikfehler, solche Fehler entstehen, wenn Politiker*innen ihre Ziele ändern. Hieß es am Beginn der Pandemie unmissverständlich, dass die Pandemie *vorbei* sei, wenn alle Menschen, die dies wünschten, eine Impfung bekommen hätten, geht es nun um etwas komplett anderes – was naturgemäß Widersprüche

auslöst: Es geht weder um eine freie Impfentscheidung noch um Fremdschutz, sondern um eine möglichst hohe – und immer höhere – Impfrate. Dann sollten die Betreiber dies aber auch ehrlicher Weise so (um)formulieren. (Das würde allerdings Folgefragen und weitere Zweifel auslösen.)

Impfen zum Schutz Geimpfter (!) kann jedenfalls kein ernsthaftes Argument sein. Nur eine Logik über vier Ecken würde bedingt Sinn ergeben: Die Impfung wirkt gar nicht wie versprochen, deshalb müssen auch Geimpfte vor Infektion – durch Ungeimpfte – geschützt werden. Doch wie wir bei Punkt 18d gesehen haben, ist die Virenlast und Infektiosität nicht Geimpfter und Geimpfter in etwa gleich hoch, weshalb auch dieses um mehrere Ecken konstruierte Argument entfällt. Damit aber ist aber das Fremdschutz-Argument null und nichtig.

30. Bei genauerem Hinsehen dreht sich das Argument erneut: Die Anzahl der „Ungeschützten“ (weder geimpft noch genesen) könnte so groß sein, dass sie – allein – eine Überlastung der Gesundheitsinfrastruktur bewirken könnten. Abgesehen von der von der Regierung unbeantworteten Frage, welcher Anteil der Bevölkerung denn *immun* ist – bekannt sind nur die Geimpften, nicht aber die Genesenen – stellt sich bei diesem neuen Argument zunächst die Frage: Sind die nicht gegen Covid-19 geimpften Menschen die einzigen, die ein Intensivbett benötigen könnten? Natürlich nicht. Sind sie die einzigen, die ein Intensivbett *unberechtigter Weise* beanspruchen könnten? Nach dem offiziellem Narrativ, ja. Nur sie werden deshalb diskriminiert und gebrandmarkt. Doch werden Intensivbetten nicht genauso „unsolidarisch“ und „unverantworlich“ von: Kettenraucher*innen, Schnitzelfans, McDonald’s-Junkies, Coca-Cola- und Red-Bull-Abhängigen, Paragleiter*innen, Freikletter*innen und Millionen motorisierter Verkehrsteilnehmer*innen belegt? Wieso wird gegen sie nicht in gleicher Weise agitiert? Oder gegen Menschen, die nicht gegen Grippe geimpft sind oder gegen HPV und die auf die Intensivstation kommen? Einige Intensivbetten werden sogar von vollständig gegen Covid-19 Geimpften belegt, doch die waren ja qua Impfung weder unsolidarisch oder verantwortungslos – egal, in welchem Ausmaß sie vor der Impfung ihre Gesundheit gefährdet und ihr Immunsystem geschwächt haben.

Meine Sicht ist: *Alle zusammen* beanspruchen – und überlasten gegebenenfalls – die Intensivstationen, in schwankender Zusammensetzung. Eine einzige (aktuell auffällige) Gruppe herauszupicken und für die Überlastung verantwortlich zu machen, ist weniger eine konsistente Gesundheitspolitik als vielmehr eine Sündenbock-Strategie.

„Solidarität“ von einer einzigen Betroffenengruppe zu fordern, und von allen anderen nicht, ist weder logisch noch gerecht. Solidarität im Sinne des kollektiven Vermeidens der Überlastung von Intensivstationen ist zum einen *von uns allen* gefordert. Der individuelle Beitrag kann darin bestehen, weniger zu rauchen, sich gesünder zu ernähren, Übergewicht oder Risikosportarten zu vermeiden, das Auto gegen ein Fahrrad einzutauschen oder sich gegen Grippe, Covid-19 oder HPV impfen zu lassen oder Medikamente zu nehmen oder Abstand zu halten usw. Jeder Beitrag zählt, und selbst wer keinen davon leistet, verliert weder die Grundrechte noch die Gleichbehandlung.

Zum anderen kann Solidarität darin bestehen, dass die Zahl der Intensivbetten bzw. jener mit Invasivbeatmung erhöht werden. Dazu hatten die reichsten Industrieländer nun 1,5 Jahre Zeit. Es fragt sich, warum dieser Teil der öffentlichen Verantwortung nicht erfolgt ist. In Deutschland stehen aktuell plötzlich 4000 Intensivbetten *weniger* zur Verfügung (ORF, 26.10.2021) – das ist hochgradig verantwortungslos! Warum wurde nicht der Pandemiebeginn, der Lockdown-Schock genützt, um sofort und massiv Gesundheitspersonal auszubilden, ausgebranntes oder in Rente gegangenes Pflegepersonal zurückzugewinnen (mit guten Konditionen) und die Bettenzahl aufzustocken – für die drohende Ausnahmesituation? Wie ist es zu erklären, dass der Staat, der sich zu allem bereit zeigte: zur Einschränkung der Grundrechte, zum Shutdown der Wirtschaft, zu Milliardenhilfen für die Maßnahmenbetroffenen (bei gleichzeitig steigenden Militärausgaben), es nicht zuwege gebracht hat, die Bettenausstattung der Spitäler zu verbessern? Nun wird aber just die angeblich begrenzte Bettenzahl als letztes und schlagendes Argument dafür herangezogen, dass die Pandemie trotz Impfung für alle, die sie wünschen, *nicht* vorbei ist, und es munter mit Grundrechtsbeschränkungen und Diskriminierung weitergeht. Es müsste der Grundsatz gelten: Nicht die Grundrechte werden an knappe Infrastruktur angepasst, sondern umgekehrt: Die Infrastruktur wird so aufgestockt, dass die Grundrechte geschützt bleiben!

Stattdessen wird zum Halali auf einen Sündenbock geblasen: Schuld an der Lage sind die „Impfverweigerer“, die „Zauderer & Zögerer“, die eine „Pandemie der Ungeimpften“ verursachen, und leider oft direkt unterstellend und pauschal verunglimpfend: die rechtsextremen und verschwörungstheoretisierenden „Impfgegner“. Die Diffamierung und Ausgrenzung einer Minderheit ist keine Solidaritäts-, sondern eine Divide-et-impera-Aktion, genau das, was üblicherweise von den „Rechten“ kommt.

Solidarität kommt von „solidus“ und heißt „zusammenhalten“, nicht auseinanderdividieren (lassen).

Heute wird als „solidarisch“ geframed, wer einer Meinung mit der Regierung (und der Pharmaindustrie) ist. „Unsolidarisch“ ist, wer dieses Narrativ und diese Politik hinterfragt, kritisiert oder Alternativen dazu anbietet.

Unter der Überschrift „Solidarität“ wird heute gespalten: Du bist falsch und unsolidarisch, wenn Du Dich nicht impfen lässt; ich bin richtig und solidarisch, wenn ich mich impfen lasse!

Aus meiner Sicht wäre solidarisch und „links“: Egal, ob geimpft oder nicht, Du bist richtig, Du behältst Deine Würde, Deine Grundrechte und Du wirst nicht diskriminiert.

Überraschenderweise wird in der Pandemie gerade von vielen „Linken“ und „Grünen“ die demokratische Grundlinie neu gezogen: Sie verläuft neuerdings zwischen geimpft („richtig“) und nicht geimpft („falsch“). Bisher verlief die rote Linie zwischen Schutz der Grundrechte und Gleichbehandlung („links“) und Beschneidung der Grundrechte und Diskriminierung („rechts“). Die Pandemie hat das politische Spektrum offensichtlich auf den Kopf gestellt.

Gerade aber wenn es *keinen Konsens* in Bezug auf das Gesundheitsverständnis, die Verhältnismäßigkeit der drohenden Gefahren und die Lösungen gibt, darf nicht eine Minderheit gezwungen werden, sich der Mehrheit zu unterwerfen – und gegen ihren Willen und unter Missachtung ihrer Grundrechte zur Selbstgefährdung oder Selbstbeschädigung (aus ihrer zu respektierenden Sicht) gezwungen werden. Nichtdiskriminierung und Grundrechte sind die letzten Anker der Demokratie. Sie müssen gerade im Krisen- und Zweifelsfall halten.

Was „gerecht“ – und damit auch solidarisch – ist, hat der „beeidete“ Linke Ortwin Rosner in einem luziden Gedankenexperiment nach John Rawls auf den Punkt gebracht (Rosner, derstandard.at, 7.10.2021). Diejenigen, die gegenwärtig für Diskriminierung und Grundrechtseinschränkungen eintreten (und sei dies auch nur ein Nebeneffekt ihrer Gesundheitspolitik, die von anderen nicht geteilt wird), könnten die Perspektive wechseln und sich fragen, ob sie ihre Haltung in umgekehrter Situation immer noch aufrecht halten würden: Angenommen, die Impfung würde entgegen aller Hoffnung und Prognosen doch zu verbreiteten Langzeitwirkungen mit Krankenhausaufenthalten führen, *was niemand ausschließen*

kann, weshalb man das seriöser Weise *jetzt* mitüberlegen sollte: Sollten dann auch diejenigen, die sich *dann* „falsch“ entschieden haben, weil sie durch ihre persönliche Entscheidung das Gesundheitssystem be-/überlasten (wenn auch ebenso *ungewollt* wie diejenigen, die sich nicht impfen lassen), von der Behandlung ausgeschlossen, in ein Triage-Zelt auf den Parkplatz vor dem Krankenhaus verlagert werden und vielleicht sogar selbst für die Behandlungskosten aufkommen müssen? Ganz konkret diejenigen, die *nicht zu den Risikogruppen zählen* in der Bedeutung, dass ihre Alterskohorte keinem (signifikant) höheren Sterblichkeitsrisiko unterliegt als bei der Grippe, und deren Risiko, an Long Covid zu erkranken, nicht (signifikant) höher ist, als an Long Influenza zu erkranken?

Nach der Logik der Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli: „Wer Impfgegner ist, der müsste eigentlich eine Patientenverfügung ausfüllen, worin er bestätigt, dass er im Fall einer Covid-Erkrankung keine Spital- und Intensivbehandlung will“, müssten Geimpfte ebenso eine Patient*innenverfügung unterschreiben, derzufolge sie auf einen Spitalsaufenthalt verzichten, sollte dieser aufgrund von Langzeitfolgen durch die Impfung nötig werden: „Das wäre echte Eigenverantwortung“ (Rickli) – von allen. (Blick, 1.9.2021).

Als „Linker“ (eine häufige Zuschreibung, ich verwende dieses Einordnungsschema prinzipiell nicht) wäre ich dagegen hier ebenso für die solidarische Lösung wie umgekehrt: Wem ein solches Pech wiederfährt, wird weder „geblamet“, „gebasht“ oder „gecancelt“ noch anders behandelt oder zur Kasse gebeten.

Stattdessen bereiten wir uns als solidarischer Wohlfahrtsstaat endlich auf eine solche Notsituation vor und errichten mit jedem Jahr des Andauerns der Pandemie *ein* Intensivbett pro 10.000 bis 20.000 Einwohner*innen (Städte in der Größe von Eisenstadt, Amstetten, Hallein, Kufstein oder Bregenz in Österreich; oder Traunstein, Montabaur oder Prenzlau in Deutschland). *Ein* Bett pro Stadt in dieser Größe. Dann hätten wir in Österreich 1,5 Jahre nach Pandemiebeginn bereits 890 bis 1.345 zusätzliche Intensivbetten. In Deutschland wären es 8.000 bis 12.000 zusätzliche Betten – statt 4.000 *weniger*. Das ist ein großer Aufwand, aber im Vergleich zu den bisherigen Pandemie-Maßnahmen und ihren Folgen das geringere Übel (16 Autor*innen, Covid-19 ins Verhältnis setzen).

Der Vorteil: Alle Zwangsmaßnahmen und Diskriminierungen könnten beendet werden.

Zum Argument, dass nicht das Geld, sondern die Pflegekräfte der Engpass seien:

Pflegekräfte haben schon *vor* der Pandemie zu Tausenden w.o. gegeben, aufgrund der unerträglichen Arbeitslast, der schlechten Arbeitsbedingungen und der sich daraus ergebenden menschenunwürdigen Situation für viele Pflegebedürftige. Sie könnten mit einem attraktiven Rückholprogramm angesprochen werden: deutlich geringere Arbeitszeit, bessere Bezahlung, keine Impfpflicht (Patient*innen, die sich nicht impfen lassen können, werden von freiwillig Geimpften behandelt) und dezentraler Ausbau der Infrastruktur, um die letzten Lebensjahre für viele Menschen würdevoller zu gestalten und auch um auf Krisenzeiten wie diese gewappnet zu sein.

Fazit: Ich habe gute Gründe, mich derzeit nicht gegen Covid-19 impfen zu lassen. Ich informiere mich aktiv weiter und lerne täglich dazu. Und ich würde sehr gerne mit Menschen mit anderer Meinung im Gespräch bleiben. Gewaltfrei. Ohne Diskriminierung. Und ohne Beschneidung meiner Grundrechte. Darin würde ich eine stabile Demokratie erkennen.

PS: Am Tag, an dem ich diesen Text fertigstellte, ereilte mich Covid-19. Sieben Tage später bin ich genesen, ohne Ärzt*in, ohne Krankenhaus, ohne Medikamente – abgesehen von vielen Aufgüssen Artemisia-Tee. Wüsste ich nicht aufgrund der Tests, dass es Covid-19 war, hätte ich diese Woche nicht von anderen Verkühlungen oder grippalen Infekten unterschieden. Nun trage ich als Genesener unversehens mehr zur kollektiven Immunität bei als eine Geimpfte* und habe den Staat dabei keinen Cent Steuergeld gekostet.

Gemeinsam mit den Autor*innen von „Covid-19 ins Verhältnis setzen“ und 23 weiteren Initiativen aus den Bereichen Gesundheit, Wissenschaft und Gesellschaft hat Christian Felber am Plädoyer „12 Schritte aus der Corona-Krise“ mitgewirkt.

Titelbild: (C) José Luis Roca