

# Daten aus England revidieren deutsche Impfpflicht-Überzeugung COVID-19 vaccine Surveillance Reports: Weder Schutzwirkung noch Notwendigkeit

- [VERÖFFENTLICHT AM 18. Mrz 2022](#)

<https://reitschuster.de/post/daten-aus-england-revidieren-deutsche-impfpflicht-ueberzeugung/>

Ein Gastbeitrag von Prof. Dr. Thomas Rießinger

Auch wenn seine Werke an deutschen Schulen vermutlich nur noch selten besprochen werden, da sie unter Umständen unangenehme Reaktionen wie etwa ein Gefühl der Anstrengung unter den Schülern auslösen könnten, ist Johann Wolfgang von Goethe auch in unserer Zeit alles andere als veraltet. Nach aktuellen Textpassagen muss man nicht lange suchen, manche drängen sich geradezu auf. So richtet beispielsweise in Goethes „Faust“ im „[Prolog im Himmel](#)“ Der Herr eine Frage an seinen gefallenen Engel Mephistopheles:

„Hast du mir weiter nichts zu sagen?

Kommst du nur immer anzuklagen?

Ist auf der Erde ewig dir nichts recht?“

Wer müsste nicht sofort an den selbstgefälligsten Gesundheitsminister aller Zeiten denken, an Karl Lauterbach, der mit Freude und Ausdauer inzwischen vor fast allem warnt – außer vor sich selbst? Und tatsächlich könnte sogar die Antwort des teuflischen Mephistopheles dem Geist des Ministers entsprungen sein, denn er sagt: „Nein Herr! ich find es dort, wie immer, herzlich schlecht.“ Allerdings nur, um fortzufahren:

„Die Menschen dauern mich in ihren Jammertagen,

Ich mag sogar die armen selbst nicht plagen.“

So viel Sprachkunst und auch so viel Humanität, die der gefallene Engel hier aufbringt, liegen dem Minister, dessen fachliche Kompetenz nur noch durch seine sprachliche Ausdruckskraft unterboten wird, fern. Stattdessen macht er das, was er am besten kann: Er mahnt und warnt, was das Zeug hält. „Wir müssen in der Medizin und in der Pflege diejenigen Menschen schützen, die uns anvertraut sind. Da ist es nicht akzeptabel, dass wir ein Risiko eingehen, andere zu infizieren, die auf unseren Schutz angewiesen sind und dann möglicherweise schwer erkranken oder sogar sterben.“ Das ist seine [Begründung](#) für die einrichtungsbezogene Impfpflicht, bei der er offenbar voraussetzt, dass Geimpfte weniger anfällig sind für eine Covid-Infektion als Ungeimpfte und somit eine entsprechende Impfung den nötigen Fremdschutz garantiert. Und er sorgt sich um die Folgen ungezügelter Freiheit, die außerhalb der deutschen und der österreichischen Grenzen um sich greift, doch im besten Deutschland, das es je gab, unbedingt verhindert werden muss: „Es wird keinen Freedom Day geben. Die Länder haben bis zum 2. April Zeit, sich neue Regeln zu geben. Wenn die Hotspot-Regelung von allen genutzt wird, können wir damit viel machen“, war im [Morgenmagazin](#) zu hören, und man mag sich gar nicht vorstellen, welche Ideen bei solchen Sätzen im ministeriellen Gehirn bewegt werden mögen. Aber schließlich kann man gar nicht genug Vorsicht [walten lassen](#): „Wir kommen jetzt in eine Phase hinein, wo der Ausnahmezustand die Normalität sein

wird. Wir werden ab jetzt immer im Ausnahmezustand sein.“ Permanenter Ausnahmezustand, andauernde Freiheitsberaubung und die Pflicht zur so häufig wie möglich verordneten Impfung – so stellt sich der Minister die Zukunft vor.

## **Schutzwirkung der Impfung**

Aber wie sieht es mit der Schutzwirkung der vielbeschworenen Covid-Impfung aus? Dem ersten Impuls, in den Daten des beliebten RKI nach Informationen zu suchen, sollte man nicht nachgeben, denn dort scheint man den Datenschutz so weit zu treiben, dass man die Daten vor zudringlichen Fragen schützt, indem man sie erst gar nicht erhebt. Wer auf einigermaßen brauchbare Daten aus ist, muss nicht nur über den Tellerrand hinausschauen, sondern gleich über den Kanal, nach England. Dort findet man im „[COVID-19 vaccine surveillance report, Week 10](#)“ insbesondere Informationen über Covid-Fälle, Hospitalisierungen und Todesfälle, aufgeschlüsselt nach Impfstatus und nach Altersgruppen. Es könnte sich also lohnen, [wieder einmal](#) einen Blick auf diese Daten zu werfen. Dabei muss man wie üblich etwas Vorsicht walten lassen, denn es genügt nicht, einfach nur aufzulisten, wie viele Covid-Fälle in einem bestimmten Zeitraum unter Geimpften oder Ungeimpften aufgetreten sind und gegebenenfalls in die eine oder die andere Richtung hämisch zu grinsen – man muss auch die jeweilige Impfquote berücksichtigen.

Wie man das machen kann, habe ich schon in zwei [früheren Beiträgen](#) erläutert und darf hier für die Einzelheiten auf diese Beiträge verweisen. Nur eine kurze Erklärung der verwendeten Größen ist nötig. Ganz gleich, um welche Art von Fällen es sich handelt, man kann anhand der gegebenen Daten den Anteil der Geimpften und den Anteil der Ungeimpften an diesen Fällen bestimmen. Das reicht noch nicht. Um beide Anteile vergleichen zu können, muss man noch berechnen, wie die ermittelten Verhältnisse sich auswirken würden, wenn die Anteile der Geimpften und der Ungeimpften in der gesamten Population gleich wären – das Ergebnis dieser Berechnung sind die bereinigten Anteile der Geimpften und der Ungeimpften an der Gesamtzahl der Fälle. Stehen sie erst einmal zur Verfügung, kann man leicht Vorteile oder Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Gruppen angeben. Nehmen wir beispielsweise an, es habe sich ein bereinigter Anteil der Geimpften von 60 % und ein entsprechender Anteil der Ungeimpften von 40 % an den Fällen ergeben. Bei gleicher Gesamtzahl von Geimpften und Ungeimpften heißt das, dass von 100 Fällen 60 zu Lasten der Geimpften gehen und 40 auf das Konto der Ungeimpften. Das sind 20 Fälle und damit 33,33 % weniger als bei den Geimpften, weshalb man hier von einem positiven Effekt für die Ungeimpften in Höhe von 33,33 % sprechen kann. Betrachtet man die Sache umgekehrt, so findet man unter den Geimpften 20 Fälle und damit 50 % mehr als unter den Ungeimpften, denn die hatten ja nur 40 Fälle. In dieser Situation hat man daher einen negativen Effekt für die Klasse der Geimpften, den man mit – 50 % beziffert. Das alles kann man in Formeln fassen, worauf ich hier verzichte. Insbesondere die Berechnung des Effekts entspricht genau der Berechnung der Effektivität nach Farrington, deren Formel man im [RKI-Wochenbericht](#) auf Seite 27 nachlesen kann. Allerdings betrachte ich hier die positiven und negativen Effekte sowohl aus der Sicht der Geimpften als auch im Blickwinkel der Ungeimpften.

Nun zu den Daten selbst. Im „[Weekly national Influenza and COVID-19 surveillance report](#)“ der Kalenderwoche 10 findet man die englischen Covid-Impfquoten bis zur neunten Kalenderwoche.

Table 9: Provisional cumulative COVID-19 vaccine uptake by age in England

NATIONAL	People in NIMS cohort	Vaccinated with at least 1 dose		Vaccinated with at least 2 doses		Vaccinated with at least 3 doses	
		Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake	Number vaccinated	% vaccine uptake
Over 80	2,741,083	2,621,538	95.7	2,604,097	95.0	2,499,910	91.2
75 to under 80	2,137,009	2,046,247	95.8	2,033,480	95.2	1,972,311	92.3
70 to under 75	2,848,907	2,689,817	94.8	2,676,958	94.0	2,583,444	90.7
65 to under 70	2,914,659	2,702,582	92.7	2,671,326	91.7	2,531,048	86.8
60 to under 65	3,506,931	3,193,114	91.1	3,148,875	89.7	2,890,492	82.4
55 to under 60	4,121,972	3,685,270	89.4	3,620,919	87.8	3,290,223	78.4
50 to under 55	4,250,984	3,704,270	87.1	3,623,776	85.2	3,128,226	73.6
45 to under 50	4,002,020	3,317,398	82.9	3,220,548	80.5	2,612,411	65.3
40 to under 45	4,221,272	3,290,086	77.9	3,160,323	74.9	2,386,373	56.7
35 to under 40	4,605,325	3,375,775	73.3	3,200,402	69.5	2,231,715	48.5
30 to under 35	4,859,854	3,402,698	70.0	3,171,442	65.3	2,031,745	41.8
25 to under 30	4,565,580	3,122,582	68.4	2,861,864	62.7	1,602,293	37.1
20 to under 25	4,035,681	2,855,005	70.7	2,548,764	63.1	1,401,626	34.7
18 to under 20	1,390,504	1,025,007	73.7	908,969	65.4	491,517	35.3
16 to under 18	1,377,287	933,838	67.8	696,156	50.5	133,238	9.7
12 to under 16	2,889,376	1,637,078	56.7	805,114	27.9	6,986	0.2
Under 12	8,982,426	163,225	1.8	25,729	0.3	38	0.0
<b>Total*</b>	<b>63,031,872</b>	<b>43,778,833</b>	<b>69.5</b>	<b>40,975,150</b>	<b>65.0</b>	<b>31,832,411</b>	<b>50.5</b>

Da man in Deutschland nach dem Willen von Karl [Lyssenko](#) Lauterbach erst nach mindestens drei Dosen als vollständig geimpft gilt, kann ich mich auf die Anteile der dreifach Geimpften beschränken. Wie sich gleich zeigen wird, passt die Aufteilung der Altersgruppen nicht ganz zu den altersbezogenen Angaben der positiven Fälle, Hospitalisierungen und Todesfälle, aber das lässt sich leicht ändern, indem man einzelne Klassen zusammenfasst.

<b>Dreifachimpfung nach Altersstufen</b>		
<b>Altersstufen</b>	<b>Geimpfte</b>	<b>Quote</b>
Unter 18	139842	1,09%
18 bis 29	3585426	35,88%
30 bis 39	4263460	45,04%
40 bis 49	5007784	60,90%
50 bis 59	6358449	75,94%
60 bis 69	5421540	84,43%
70 bis 79	4555755	91,37%
Mindestens 80	2499910	91,20%

Erstaunlicherweise will man nach derzeitigem Stand nicht einmal in Deutschland eine Impfpflicht für Minderjährige, weshalb ich mich im Folgenden auf die mindestens Achtzehnjährigen beschränke.

Um nun die Anzahl der Neuinfektionen – präziser gesagt: der positiven Testungen; diesen Unterschied hat Karl Lauterbach bis heute nicht verstanden – in Beziehung zu den Impfquoten setzen zu können, greife ich auf die Fallzahlen aus dem „[COVID-19 vaccine surveillance report, Week 10](#)“ zurück, in dem die Daten zwischen der sechsten und der neunten Kalenderwoche verzeichnet sind. Man findet die Fallzahlen in der folgenden Tabelle 10.

Table 10. COVID-19 cases by vaccination status between week 6 2022 and week 9 2022  
Please note that corresponding rates by vaccination status can be found in Table 13.

Cases reported by specimen date between week 6 2022 (week 13 February 2022) and week 9 2022 (week 8 March 2022)	Total	Unlinked*	Not vaccinated	Received one dose (1 to 20 days before specimen date)	Received one dose, 21+ days before specimen date	Second dose 2-14 days before specimen date <sup>1</sup>	Third dose 14+ days before specimen date <sup>1</sup>
(This data should be interpreted with caution. See information below in footnote about the correct interpretation of these figures)							
Under 15	153,246	7,468	107,468	1,543	21,108	14,758	637
15 to 29	180,211	12,529	21,678	469	3,292	41,079	76,191
30 to 39	172,941	9,768	18,479	233	5,027	33,337	105,111
40 to 49	150,280	6,769	18,408	108	2,461	18,156	111,380
50 to 59	120,112	3,488	4,893	41	1,204	9,768	107,621
60 to 69	81,769	3,313	1,952	19	515	3,437	72,530
70 to 79	40,632	1,904	948	19	298	1,318	44,280
80 or over	31,685	2,688	937	4	241	1,682	26,435

Jetzt steht alles Nötige zur Verfügung. In der letzten Spalte sind die dreifach Geimpften verzeichnet, in der Spalte „Not vaccinated“ die ausgewiesenen Ungeimpften, deren Schutz unserem Bundesgesundheitsminister so sehr am Herzen liegt. Daraus kann man direkt die Vergleichsdaten für die relevanten Altersgruppen berechnen.

Kategorien	Altersklassen						
	Ab 80	70 bis 79	60 bis 69	50 bis 59	40 bis 49	30 bis 39	18 bis 29
Fälle dreimal geimpft	26435	44280	72530	107881	111380	105111	76191
Fälle ungeimpft	657	849	1952	4893	10400	19475	21678
Anteil geimpft	97,57%	98,12%	97,38%	95,66%	91,46%	84,37%	77,85%
Anteil ungeimpft	2,43%	1,88%	2,62%	4,34%	8,54%	15,63%	22,15%
Quote geimpft	91,20%	91,37%	84,43%	75,94%	60,90%	45,04%	35,88%
Quote ungeimpft	8,80%	8,63%	15,57%	24,06%	39,10%	54,96%	64,12%
bereinigter Anteil geimpft	79,52%	83,13%	87,26%	87,48%	87,30%	86,82%	86,27%
bereinigter Anteil ungeimpft	20,48%	16,87%	12,74%	12,52%	12,70%	13,18%	13,73%
Effekt für Ungeimpfte	74,24%	79,70%	85,41%	85,68%	85,46%	84,82%	84,08%
Effekt für Geimpfte	-266,24%	-392,61%	-585,22%	-506,55%	-587,60%	-558,60%	-528,10%

In der Klasse der mindestens Achtzigjährigen liegt der bereinigte Anteil der Geimpften unter allen Fällen bei 79,52 %, der Anteil der Ungeimpften dagegen nur bei 20,48 %. Das ergibt im Hinblick auf die sogenannten Neuinfektionen einen positiven Effekt für die Ungeimpften in Höhe von etwa 74 %, den negativen Effekt für die Geimpften will ich gar nicht erst erwähnen. Ein mindestens achtzigjähriger Ungeimpfter hat somit nach den vorliegenden

Daten ein um etwa 74 % vermindertes Risiko, mit einem positiven Test behelligt zu werden, als ein entsprechender Geimpfter. Das gibt zu denken, und noch mehr gibt es zu denken, dass die Verhältnisse mit abnehmendem Alter nicht nennenswert anders werden. In allen Altersklassen haben die Ungeimpften einen deutlich positiven Effekt zu verzeichnen, ihr Infektionsrisiko ist durch die Bank wesentlich niedriger als das der geimpften Population.

## Fremdschutz, Hospitalisierungen, Todesfälle

Ein Fremdschutz durch Impfung liegt also keineswegs vor, zumal selbst das [RKI weiß](#), dass auch Geimpfte im Rahmen einer Covid-Infektion „Viren ausscheiden und infektiös sind“ – noch ergänzt durch den entlarvenden Satz: „Wie hoch das Transmissionsrisiko unter Omikron ist, kann derzeit noch nicht bestimmt werden.“ Man darf es nicht vergessen: Wesentliches Argument für eine Impfpflicht der Volljährigen und erst recht für eine Impfpflicht im Gesundheitswesen ist der durch eine Impfung vermittelte Fremdschutz. Dem steht aber entgegen, dass Geimpfte stärker anfällig sind für neue Infektionen, während niemand belegen kann, dass das Risiko, andere zu infizieren, bei Geimpften niedriger ist als bei Ungeimpften. Man begreift langsam, was im Gesundheitsministerium unter Wissenschaft verstanden wird.

Im Grunde wäre die Sache damit schon erledigt: Fremdschutz liegt nicht vor, eine Impfpflicht kann nicht begründet werden. Der Ordnung halber werfen wir aber auch noch einen Blick auf die Hospitalisierungen und die Todesfälle. Die Hospitalisierungen für den betrachteten Zeitraum werden in Tabelle 11 des erwähnten Berichts aufgelistet.

Table 11. COVID-19 cases presenting to emergency care (within 30 days of a positive specimen) resulting in an overnight inpatient admission by vaccination status between week 8 2022 and week 9 2022. Please note that corresponding rates by vaccination status can be found in Table 13.

Cases presenting to emergency care (within 30 days of a positive test) resulting in overnight inpatient admission, by specimen date between week 8 2022 (w/e 13 February 2022) and week 9 2022 (w/e 9 March 2022)	Total	Unlinked <sup>a</sup>	Not vaccinated	Received one-dose (1 to 20 days before specimen date)	Received one-dose, 21+ days before specimen date	Second dose 214 days before specimen date <sup>b</sup>	Third dose 214 days before specimen date <sup>b</sup>
	[This data should be interpreted with caution. See information below in footnotes about the correct interpretation of these figures]						
Under 15	734	21	622	0	94	20	3
16 to 20	518	5	142	1	40	147	178
20 to 30	528	2	152	1	41	122	210
40 to 49	502	10	405	0	30	104	245
50 to 59	644	2	113	0	27	124	375
60 to 69	898	2	121	0	20	140	698
70 to 79	1,305	1	118	1	22	133	1,066
80 or over	2,265	0	131	0	25	222	1,877

Ziehen wir auch hier wieder einen Vergleich zwischen dreifach Geimpften und Ungeimpften.

Kategorien	Altersklassen						
	Ab 80	70 bis 79	60 bis 69	50 bis 59	40 bis 49	30 bis 39	18 bis 29
Hospitalisierungen dreimal geimpft	1877	1056	658	378	245	210	178
Hospitalisierungen ungeimpft	131	118	121	113	105	152	142
Anteil geimpft	93,48%	89,95%	82,18%	78,99%	70,00%	58,01%	55,83%
Anteil ungeimpft	6,52%	10,05%	17,82%	23,01%	30,00%	41,99%	44,38%
Quote geimpft	91,20%	91,37%	84,43%	75,94%	60,90%	45,04%	35,88%
Quote ungeimpft	8,80%	8,63%	15,57%	24,06%	39,10%	54,96%	64,12%
bereinigter Anteil geimpft	58,03%	45,81%	45,96%	51,45%	59,97%	82,77%	89,14%
bereinigter Anteil ungeimpft	41,97%	54,19%	54,04%	48,55%	40,03%	17,23%	10,86%
Effekt für Ungeimpfte	27,67%	-18,31%	-17,59%	6,65%	33,25%	40,68%	55,36%
Effekt für Geimpfte	-38,25%	15,47%	14,96%	-5,98%	-49,81%	-68,50%	-124,01%

Es will nicht wirklich besser werden. Betrachten wir wieder die Klasse der mindestens Achtzigjährigen, so liegt der bereinigte Anteil der Geimpften bei den Hospitalisierungen bei 58,03 %, der Anteil der Ungeimpften beträgt 41,97 %. Und wieder haben die Ungeimpften einen positiven Effekt, diesmal in Höhe von 27,67 %. Ein mindestens achtzigjähriger Ungeimpfter hat somit nach den vorliegenden Daten ein um etwa 27 % vermindertes Risiko, wegen COVID-19 hospitalisiert zu werden als ein entsprechender Geimpfter. In den Klassen von 60 bis 79 Jahren sieht das etwas anders aus, hier kann man eine Impfeffektivität von etwa 15 % verzeichnen, was allerdings kaum als überzeugend betrachtet werden kann. Und in allen jüngeren Klassen ist die Lage wieder eindeutig, der Vorteil liegt auf der Seite der Ungeimpften.

Fremdschutz wird nicht geliefert, Eigenschutz gegen Hospitalisierung nur für zwei Altersklassen, und auch das nur in sehr geringem Ausmaß – man kann nicht sagen, dass die bisherigen Ergebnisse sehr überzeugend sind. Wie sieht es nun mit Todesfällen aus? Die nächste Tabelle zeigt uns die Verhältnisse.

Kategorien	Altersklassen						
	Ab 80	70 bis 79	60 bis 69	50 bis 59	40 bis 49	30 bis 39	18 bis 29
Todesfälle dreimal geimpft	2765	819	279	117	31	10	3
Todesfälle ungeimpft	182	110	75	50	25	18	3
Anteil geimpft	93,82%	88,16%	78,81%	70,06%	55,36%	35,71%	50,00%
Anteil ungeimpft	6,18%	11,84%	21,19%	29,94%	44,64%	64,29%	50,00%
Quote geimpft	91,20%	91,37%	84,43%	75,94%	60,90%	45,04%	35,88%
Quote ungeimpft	8,80%	8,63%	15,57%	24,06%	39,10%	54,96%	64,12%
bereinigter Anteil geimpft	59,45%	41,29%	40,89%	42,57%	44,32%	40,40%	64,12%
bereinigter Anteil ungeimpft	40,55%	58,71%	59,31%	57,43%	55,68%	59,60%	35,88%
Effekt für Ungeimpfte	31,78%	-42,20%	-45,77%	-34,86%	-26,61%	-47,51%	44,04%
Effekt für Geimpfte	-48,50%	29,68%	31,40%	25,86%	20,39%	32,21%	-78,71%

Hier werden die Todesfälle des betrachteten Zeitraums innerhalb von 60 Tagen nach einem positiven Test aufgelistet; wie üblich kann man nicht unterscheiden, ob es sich um Todesfälle an oder mit COVID-19 handelt. Der Vergleich zwischen den dreifach Geimpften und den Ungeimpften ergibt das folgende Bild:

In der am meisten betroffenen Altersklasse, nämlich der Gruppe der mindestens Achtzigjährigen, sehen sich die Geimpften wieder einem negativen Effekt gegenüber, die

Ungeimpften haben einen Vorteil von etwa 31 %. In den nächsten Altersklassen ändert sich die Lage, allerdings liegt der Vorteil der Geimpften hier bei höchstens 32 %, was nicht für eine starke Effektivität spricht – schon gar nicht, wenn man sich die immer deutlicher werdenden starken Nebenwirkungen der Impfstoffe ins Gedächtnis ruft. Zudem sollte man nicht außer Acht lassen, dass die absoluten Zahlen der Todesfälle in den Klassen unter 50 oder auch unter 60 Jahren eher gering sind, sodass die Effektivitäten hier nicht sehr viel aussagen. Hätte man beispielsweise in der Klasse der Vierzig- bis Neunundvierzigjährigen fünf ungeimpfte Todesfälle weniger – fünf in einem Zeitraum von vier Wochen – oder würde sich herausstellen, dass fünf Todesfälle nur mit einem positiven Test erfolgten und mit COVID-19 nichts zu tun hatten, dann würde hier der positive Effekt der Impfung auf Null sinken. Kurz gesagt: In den jüngeren Altersklassen zwischen 30 und 50 Jahren ist ein nicht allzu starker und auch nicht allzu aussagekräftiger Effekt vorhanden, im Alter von 50 bis 80 ist der Effekt nicht stärker, aber wegen der höheren absoluten Zahlen aussagekräftiger, und in der Klasse ab 80 Jahren schlägt er in sein Gegenteil um. Damit kann man nicht einmal einen überzeugenden Eigenschutz nachweisen, einen Fremdschutz ohnehin nicht.

Selbstverständlich ist man auch in England um Ausreden nicht verlegen, man kann sie in dem zitierten [Bericht](#) auf Seite 45 nachlesen. Besonders schön ist die dritte Ausrede, die ich in deutscher Übersetzung wiedergebe: „Vollständig geimpfte und nicht geimpfte Personen können sich unterschiedlich verhalten, insbesondere im Hinblick auf soziale Interaktionen, und sind daher möglicherweise in unterschiedlichem Maße COVID-19 ausgesetzt.“ Und auch die erste Ausrede ist gar nicht übel: „Das Testverhalten von Personen mit unterschiedlichem Impfstatus ist wahrscheinlich unterschiedlich, was zu Unterschieden in der Wahrscheinlichkeit führt, als Fall identifiziert zu werden.“ Es könnten sich Unterschiede ergeben, möglicherweise sind die Risiken verschieden und wahrscheinlich auch das Testverhalten. Solange die angesprochenen Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten nicht geprüft und quantifiziert sind, handelt es sich nur um Erzählungen ohne jeden Wert. Nimmt man diese Einwände aber ernst, so lassen sie nur einen Schluss zu: Auch in England weiß man nichts, eine schöne Übereinstimmung mit deutschen Verhältnissen.

## **Fazit**

Das Fazit ist klar. Entweder wir betrachten die Daten, wie sie sind; dann liefern sie nicht den geringsten Grund für eine Impfpflicht, erst recht nicht, wenn man die Impfnebenwirkungen in Erwägung zieht. Oder wir reden uns auf die übliche Weise aus den Daten heraus; in diesem Fall liefern sie nicht nur keinen Grund für eine Impfpflicht, sondern sie liefern gar nichts, wie wir es von den deutschen Daten schon lange gewöhnt sind. Und aus gar nichts kann man keine wie auch immer geartete Impfpflicht ableiten.

Mit Goethes Faust habe ich angefangen, mit Goethes Faust werde ich auch schließen. Der Deutsche Bundestag wird in absehbarer Zeit eine Abstimmung über verschiedene Varianten der völlig unverhältnismäßigen Impfpflicht durchführen. Man sollte den Abgeordneten die Worte des Direktors aus dem „Vorspiel auf dem Theater“ vorhalten:

„Der Worte sind genug gewechselt,

Laßt mich auch endlich Taten sehn!

Indes ihr Komplimente drechselt,

Kann etwas Nützliches geschehn.“

Worte haben sie tatsächlich genug gewechselt, die Volksvertreter, die zu weiten Teilen völlig vergessen haben, in wessen Auftrag sie arbeiten – nicht im Auftrag der Partei, nicht im Auftrag der Regierung, sondern nur im Auftrag der Bürger. Und Komplimente drechseln sie zur Genüge, vor allem Selbstkomplimente ohne jede faktische Grundlage. Man muss es zugeben: Auch Taten haben wir gesehen, dazu geeignet, ein Land und eine Gesellschaft gründlich zu ruinieren, ohne etwas zur allgemeinen Gesundheit beizutragen, in der Regel völlig unnütz und mit verheerenden Folgen. Es wäre dringend an der Zeit, nun endlich „etwas Nützliches geschehn“ zu lassen. Eine sinnlose und nicht begründbare Impfpflicht gehört nicht dazu.