



Unser Wissen  
für Ihre Entscheidung.

ÄFI | Gneisenaustraße 42 | 10961 Berlin

Robert Koch-Institut  
z. Hd. Prof. Dr. Thomas Mertens  
Abteilung für Infektionsepidemiologie  
Fachgebiet Impfprävention  
Seestraße 10  
13353 Berlin

Ärztinnen und Ärzte für  
individuelle Impfentscheidung e.V.  
Gneisenaustraße 42  
10961 Berlin

Mail: [info@individuelle-impfentscheidung.de](mailto:info@individuelle-impfentscheidung.de)  
Web: [www.individuelle-impfentscheidung.de](http://www.individuelle-impfentscheidung.de)

## **Brief an die Mitglieder der STIKO**

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Mertens,

sehr geehrte Mitglieder der Ständigen Impfkommission (STIKO),

als ärztlicher Geschäftsführer und Sprecher des Vorstandes des Vereins „Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidung“ darf ich Sie im Namen unserer Mitglieder anschreiben.

Als Vorsitzende und als ordentliche Mitglieder der STIKO fordere ich Sie auf, die Impfeempfehlungen für die Corona-Impfungen zu überdenken und dem wissenschaftlichen Kenntnisstand anzupassen. Die allgemeinen Empfehlungen für die Altersgruppen unter 60 Jahren sind umgehend zurückzunehmen und analog der Gripeschutzimpfung in eine Empfehlung für eine Indikationsimpfung umzuwandeln, welcher nach dem Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (EbM) eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung vorausgeht.

### **Diese Forderungen begründen wir wie folgt:**

Zunächst dürfen Sie voraussetzen, dass uns alle Ihre Veröffentlichungen im aktuellen Epidemiologischen Bulletin und damit Ihre bisherige Begründungsargumentation für diese neue Generation von Impfstoffen bekannt sind. Gleiches gilt für die Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts (RKI).

Wesentliche Voraussetzung für eine angemessene Interpretation sind die aktuelle Lage und Relevanz der Coronaviren im Infektionsgeschehen insgesamt: Laut der SARI-Arbeitsgruppe des RKI nehmen die Infektionserkrankungen mit Influenzaviren seit KW 45 rasant zu und machen bereits 20 % des Gesamtgeschehens aus. SARS-CoV-2 dagegen nimmt weiter in der Häufigkeit ab und bleibt stabil nunmehr bei 8 % Beteiligung am Gesamtinfektgeschehen.

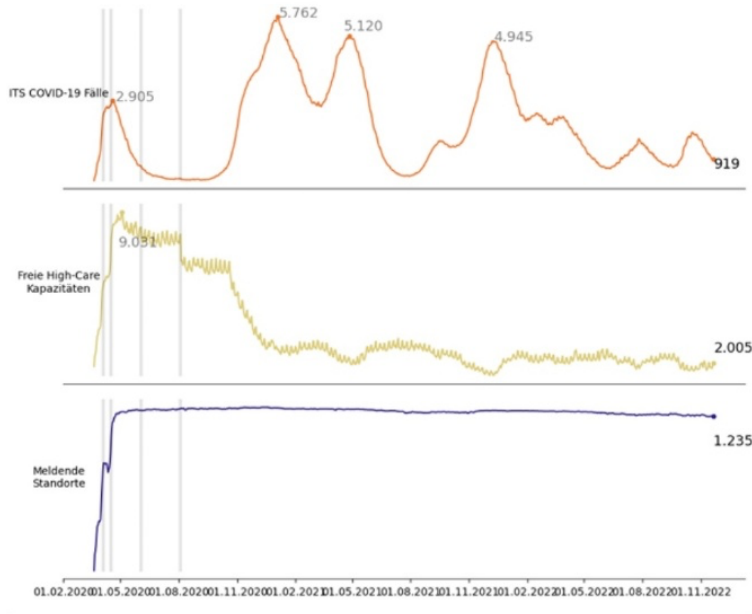


Abbildung 1: Trendreihen der Intensivregister-Daten, Quelle: Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (2022, 21. November).

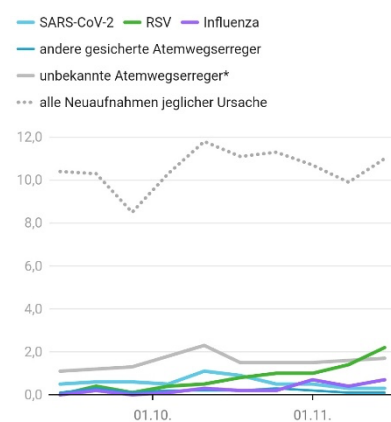
Ein weiteres Beurteilungskriterium ist die Belegung der Intensivstationen und die Belastung des Gesundheitswesens durch Corona. Hierüber gibt der Tagesreport der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. Aufschluss (Abbildung 1). Zuletzt lagen am 21. November 2022 919 Patienten mit oder wegen Corona auf Intensivstation (ITS), davon 325 (35 %) beatmet. Die Zahlen fassen Erwachsene und Kinder zusammen, wobei Kinder seit September 2022 nur noch vereinzelt auf ITS mit oder wegen Corona lagen.

Speziell für die Kinder belegt die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (Abbildung 2), dass andere Viruserkrankungen im Fokus stehen: Die Abbildung 2 zeigt eindeutig die Zunahme der RSV- und Influenza-Infektionen und die konstant niedrige Infektsituation mit SARS-CoV-2 seit September dieses Jahres. Somit sind SARS-CoV-2-Infektionen in der jetzigen Infektsaison nur in irrelevantem Maße beteiligt.

Die vom RKI im Monatsbericht vom 3. November 2022 zitierte Studie der WHO macht zudem deutlich, dass die natürliche Immunität wesentlich an der Reduktion von Reinfektionsrisiken beteiligt und der reinen Impfreihe überlegen ist. Nun folgt eine, wie wir finden, sehr wesentliche amerikanische retrospektive Studie aus den Versorgungsdaten der amerikanischen Veteranen der US-Armee.

**Neuaufnahmen, durchschnittliche Fälle pro Tag pro meldende Klinik**

Gemeldete Neuaufnahmen seit 13.09.2022. Daten aktualisiert am 21.11.2022.



Grafik: In der DGPI Ad hoc-Atemwegsinfektions-Erfassung gemeldete neu aufgenommene Kinder und Jugendliche in Deutschland. \* Erregernachweis steht aus/nicht durchgeführt. Es gelten Neuaufnahmen aufgrund von klinischer Atemwegsinfektion als Hauptdiagnose durch SARS-CoV-2, RSV, Influenza oder andere gesicherte Atemwegserreger. • Quelle: DGPI Ad hoc-Atemwegsinfektions-Erfassung • Einbetten • Erstellt mit Datarapper

Abbildung 2: Neuaufnahmen, durchschnittliche Fälle pro Tag pro meldende Klinik, Quelle: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (2022, 21. November).

**Supplementary Table 4**

Risk and 6-month burden of death, hospitalization, at least one sequela, and sequelae by organ system in SARS-CoV-2 reinfection compared to no SARS-CoV-2 reinfection by vaccination status at time of reinfection.

Outcome	No vaccination (N=202,404)	1 vaccination (N=56,986)	2 or more vaccinations (N=225,145)
	HR (95% CI)	HR (95% CI)	HR (95% CI)
All cause mortality	1.67 (1.50, 1.87)	2.25 (1.96, 2.58)	1.97 (1.71, 2.26)
Hospitalization	2.26 (2.11, 2.42)	2.37 (2.22, 2.52)	2.35 (2.19, 2.51)
At least one post-acute sequela	1.88 (1.82, 1.94)	1.89 (1.83, 1.95)	1.87 (1.81, 1.94)
Cardiovascular	2.43 (2.23, 2.65)	2.24 (2.07, 2.43)	2.44 (2.25, 2.66)
Coagulation and Hematologic	2.30 (2.04, 2.59)	2.39 (2.13, 2.68)	2.27 (2.01, 2.57)
Diabetes	1.51 (1.25, 1.82)	1.58 (1.30, 1.90)	1.45 (1.18, 1.79)
Fatigue	1.97 (1.80, 2.16)	2.16 (1.98, 2.36)	2.01 (1.83, 2.22)
Gastrointestinal	1.95 (1.84, 2.07)	2.07 (1.95, 2.20)	1.93 (1.81, 2.06)
Kidney	2.67 (2.36, 3.03)	2.68 (2.38, 3.01)	2.76 (2.44, 3.12)
Mental Health	1.94 (1.85, 2.04)	1.84 (1.75, 1.94)	1.80 (1.70, 1.91)
Muskuloskeletal	1.39 (1.27, 1.53)	1.49 (1.36, 1.65)	1.42 (1.27, 1.58)
Neurologic	1.51 (1.42, 1.60)	1.47 (1.39, 1.56)	1.56 (1.46, 1.66)
Pulmonary	2.60 (2.40, 2.83)	2.47 (2.27, 2.68)	2.63 (2.41, 2.86)

Models were weighted for age, race, sex, ADI, the number in the two years prior to enrollment of outpatient visits inpatient visits, unique medication prescriptions, and routine blood chemistry panels, utilization of Medicare, prior history of receiving an influenza vaccination, smoking status, anxiety, cancer, cardiovascular disease, cerebrovascular disease, chronic kidney disease, dementia, depression, type 2 diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, immunocompromised status, peripheral artery disease, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, estimated glomerular filtration rate, body mass index, calendar week of enrollment, geographic area of VISN, HHS proportion of Delta variant, HHS proportion of Omicron variant, average bed capacity and total bed capacity of the attending hospital, number of vaccinations, SARS-CoV-2 treatment, hospitalization and admittance to ICU during the acute phase of the first infection, average duration of follow-up, as well as algorithmically selected high dimensional variables.

Burdens are presented per 1000 persons at 6 months of follow-up.

HR, hazard ratio; CI, confidence interval; ADI, area deprivation index; HHS, Health and Human Services; ICU, intensive care unit.

Abbildung 3: Supplementary Table 4, Quelle: Bowe, Xie & Al-Aly (2022).

Die Impfung schützt nicht - wie immer behauptet - sicher vor der Todesfolge, sondern: Das Risiko, bei einer Reinfektion mit SARS-CoV-2 zu versterben, wäre in Folge von Corona-Impfungen erhöht. Dies sind Ergebnisse, die sofort zu einer Rücknahme sämtlicher Empfehlungen für Corona-Impfstoffe führen müssten.

Eine bereits im Juni 2022 im Fachjournal The Lancet veröffentlichte englische Studie zeigte auf, dass Long-Covid bei einer Durchbruchinfektion seltener wird, je länger die letzte Impfung gegen Corona zurückliegt (s. Abb. 4). Das spricht gegen eine sich perpetuierend wiederholende Impffreihe, wie sogar noch in den letzten Monaten von einigen Politikerinnen und Politikern, aber auch von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern immer wieder gefordert wurde.

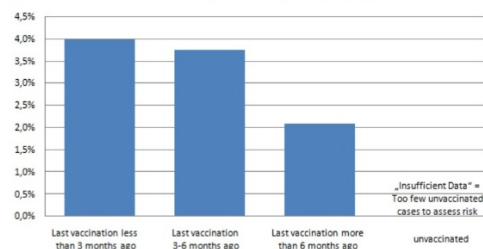
Die veröffentlichten Daten von Bowe, Xie & Al-Aly (2022) zeigen eindeutig auch für die ursprünglich identifizierten Risikogruppen mit bestimmten Grunderkrankungen: Das Risiko zu versterben, ist bei geimpften reinfizierten Individuen höher als bei ungeimpften reinfizierten Individuen. Das spricht auch im Segment der schweren Verlaufsformen und der Vermeidung von Todesfällen gegen ein positives Ergebnis der Covid-19-Impfungen. Die Impfeffektivität muss vor diesem Hintergrund komplett neu bewertet werden.

Auch wenn retrospektive Studien bekannte Schwächen in der Interpretation im Allgemeinen haben, ist diese zumindest statistisch sauber aufbereitet und sollte somit zu einem Umdenken in der Umsetzung von Impfeempfehlungen führen.

Das Narrativ der nebenwirkungsfreien Impfung ist schon vor wenigen Wochen offiziell und politisch anerkannt vom Tisch, mit diesen Erkenntnissen ginge die Aussage noch weiter:

**Risk of Long Covid declines with time since last vaccination**

Share of Long Covid among adults 18-59 years in UK  
Analysis of 56.003 omicron infections via UK Covid Symptom-Study App



Source: Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2  
Michela Antonelli, Joan Capdevila Pujol, Tim D. Spector, Sebastian Ourselein, Claire J. Steves  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00941-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00941-2)  
The Lancet, Correspondence, Vol 399 June 18, 2022, Page 2263

Abbildung 4: Risk of Long Covid declines with time since last vaccination, Quelle: Antonelli et al., 2022.

**Wir fordern Sie daher auf:**

Lösen Sie sich vom politischen Willen der Bundesregierung oder anderer politisch aktiver Strömungen, machen Sie sich frei von jeglichem politischen Einfluss und zeigen Sie dies deutlich durch unabhängige und transparente Entscheidungen.

Grenzen Sie sich persönlich und als Institution eindeutig und unmissverständlich von der Interessenslage der Pharmaindustrie ab. Nur so lässt sich verloren gegangenes Vertrauen in die STIKO als Fachgremium zurückgewinnen.

Besinnen Sie sich auf das wissenschaftliche Vorgehen nach EbM-Standards: Zeigen Sie der Fachwelt und der Bevölkerung durch die Zurücknahme Ihrer allgemeinen Impfeempfehlungen der Coronaimpfstoffe vor allem für die Kinder und Jugendlichen, dass Empfehlungen auch revidiert werden können, wenn sich die wissenschaftliche Lage geändert oder aber, anders als von Ihnen erwartet, bestätigt hat.

Nach unserem Dafürhalten lässt sich eine Impfung gegen Corona nur noch nach einer individuellen und nach EbM-Standards durchgeführten Risiko-Nutzen-Abwägung rechtfertigen. Für Kinder und Jugendliche sollte die Covid-19-Impfung nur die Ausnahme, nicht die Regel sein. Die Werbung für diese Impfungen durch die Bundesregierung ist aus unserer Sicht nicht verantwortbar. Der wissenschaftliche Diskurs muss wieder faktenbasiert und an der Alltagsrealität orientiert stattfinden.

Wir erwarten Ihre Rückmeldung bis zum 20. Dezember 2022. Für eine inhaltliche Diskussion im Sinne der Patientengesundheit stehen wir Ihnen mit unserer Expertise jederzeit zur Verfügung.

Die angesprochenen Fragen sind von großem öffentlichen Interesse und wir als ärztliche Vereinigung werden dazu immer wieder befragt. Wir werden daher in unserer Öffentlichkeits- und Medienarbeit darauf eingehen und würden uns freuen, eine Stellungnahme von Ihrer Seite zu erhalten, die zur sachlichen Klärung beiträgt.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr Dr. med. Alexander Konietzky

Ärztlicher Geschäftsführer und Sprecher des Vorstandes  
Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V.

### Literaturverzeichnis:

Antonelli, M., Pujol, J. C., Spector, T. D., Ourselin, S. & Steves, C. J. (2022). Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *The Lancet*, 399(10343), 2263–2264. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)00941-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)00941-2)

Bowe, B., Xie, Y. & Al-Aly, Z. (2022). Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection. *Nature Medicine*, 28(11), 2398–2405. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02051-3>

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (2022, 21. November). *Neuaufnahmen, durchschnittliche Fälle pro Tag pro meldende Klinik*. DGPI. <https://dgpi.de/awi-erfassung-update/>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (2022, 21. November). *Trendreihen der Intensivregister-Daten*. DIVI. [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10444/2022-11-21\\_12-15\\_DIVI\\_Intensivregister\\_Report.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10444/2022-11-21_12-15_DIVI_Intensivregister_Report.pdf?sequence=1&isAllowed=y)