



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Franz Bergmüller, Markus Bayerbach, Christian Klingen, Gerd Mannes, Jan Schiffers, Josef Seidl, Ulrich Singer, Andreas Winhart AfD**
vom 01.11.2021

Ausmaß an Impfnebenwirkungen und erhöhten Sterbezahlen seit Beginn der COVID-19-Impfungen

In den USA sind durch einen Whistleblower offenbar die Rohdaten der Sterbefälle aus dem dortigen Medicare-System, einer öffentlichen und bundesstaatlichen Krankenversicherung innerhalb des Gesundheitssystems der USA, an den Rechtsanwalt Thomas Renz weitergeleitet worden. Mitte September 2021 wurden diese durch Rechtsanwalt Renz dann auf einer öffentlichen Veranstaltung präsentiert:

<https://rumble.com/vn533h-we-got-them.-fact-check-this-attorney-thomas-renz-all-new-whistleblower-inf.html>

Diese Daten umfassen wohl ein Drittel der US-Bevölkerung und darunter auch Sterbefälle, die nach Impfungen auftreten, aber von Staats wegen „wegdefiniert“ werden, wenn sie z. B. innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung geschehen. Es handelt sich um bisher knapp 50 000 „wegdefinierte“ und damit verschwiegene Sterbefälle, die mindestens in einem zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen stehen. Offenbar ist es also mindestens in den USA so, dass es den Verantwortlichen erst dann möglich ist, die COVID-19-Impfungen als sicher und effektiv darzustellen, wenn die Rohdaten einer derartigen Manipulation unterzogen und verringert wurden. Diese Enthüllungen betreffen auch die Folgen von medikamentösen Behandlungen. So zeigen die Daten, dass von den 7 960 mit Remdesivir Behandelten 2 058 verstorben sind. Das sind 25,9 Prozent. 46 Prozent davon starben demgemäß innerhalb von 14 Tagen nach der Remdesivir-Behandlung. Die Remdesivir-Behandlung wurde in US-Krankenhäusern unter der Leitung von Dr. Anthony Fauci eingeführt. Bei 131 der 532 Patienten, die Remdesivir erhielten, wurden schwerwiegende unerwünschte Ereignisse berichtet. Das sind 24,6 Prozent (vgl. Minute 06.40 des Vortrags von Rechtsanwalt Renz). Weitere Daten betrafen die Behandlung durch Ivermectin. Ein Blick auf die Rohdaten der Sterbezahlen in Deutschland legt nahe, dass derartiges auch für Deutschland und damit für Bayern zutrifft. Rohdaten aktueller Sterbezahlen aus der Destatis-Datenbank bestätigen einen Anstieg der Sterbezahlen seit Beginn der Impfungen gegen das Coronavirus. Destatis kann man die Sterbezahlen für jeden Monat entnehmen (vgl. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle-pdf.pdf?__blob=publicationFile, ab S. 65). Errechnet man für jeden Monat die durchschnittliche Sterbezahl in den vier Jahren vor Auftreten von COVID-19 und vergleicht man diese mit den Sterbezahlen mit signifikanten Impfpzahlen (April bis September) im Jahr 2021, so erkennt man einen kontinuierlichen Anstieg mit Ausnahme der Sommerferienzeit. In den vier Jahren vor COVID-19 starben z. B. in einem September (69 037 + 69 391 + 69 708 + 71 022) / 4 = 69 790 Personen im Schnitt. Da im September des Impfbjahres 2021 77 319 Personen verstorben sind, sind dies (mit COVID-19 und Impfungen) 7 529 Personen, also 10,78 Prozent mehr als im Schnitt der Jahre 2016 bis 2019. Auf identische Weise sind auch die Sterbezahlen für April bis einschließlich August errechenbar. Addiert man diese, so ergibt sich:

Gemessen am Durchschnitt der Sterbezahlen zwischen 2016 und 2019 sind im Jahr 2021 in den selben Monaten April bis September 27 805 Personen mehr verstorben als im Schnitt der vier Jahre vor COVID-19, was einer Steigerung von 6,33 Prozent entspricht. Mithilfe von EuroMOMO kann diese Übersterblichkeit noch weiter nach Alterskohorten ausdifferenziert und auch grafisch dargestellt werden. Den Grafiken von EuroMOMO für Deutschland (vgl. <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>, unten)

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

kann man für die eigentlich rüstige Generation der 65- bis 74-Jährigen entnehmen, dass sich deren Sterbezahlen nach einem Anstieg ab der Kalenderwoche (KW) 26 im Jahr 2020 für das Jahr 2021 oberhalb der rot gestrichelten Linie von vier Prozent Übersterblichkeit etabliert. Je jünger die Alterskohorte ist (und damit je geringer sie durchgeimpft ist), desto mehr verschiebt sie sich parallel in Richtung x-Achse und pendelt für die praktisch Ungeimpften 0- bis 14-Jährigen um die x-Achse im Normalbereich. Dem Vergleich der Grafiken aus 2020 und 2021 ist auch entnehmbar, dass in jeder dieser Alterskohorten der Generationen U-75 eine Impfung mehr Schaden anrichtet, als sie Nutzen bringt. Die folgenden Fragen werden in Ermangelung von Daten aus Bayern unter Zugrundelegung der Daten des Bundes gestellt, in denen die Daten aus Bayern enthalten sind. Im Falle von signifikanten Abweichungen wird um Hinweis gebeten.

Wir fragen die Staatsregierung:

1. Zählweise der „Impftoten“ 5
- 1.1 Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, dass/wie ein Verstorbener in Zusammenhang mit einer zuvor erhaltenen Impfung gegen das Coronavirus erfasst wird (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung – SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)? 5
- 1.2 Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, wie lange der Zeitraum zwischen Erstimpfung/Zweitimpfung und einem Versterben des Geimpften mindestens betragen muss, um beide Ereignisse als im Zusammenhang stehend zu erfassen (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)? 5
- 1.3 Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, wie lange der Zeitraum zwischen Erstimpfung/Zweitimpfung und einem Versterben des Geimpften maximal betragen darf, um beide Ereignisse als in Zusammenhang stehend zu erfassen (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)? 5
2. Wirkung von Remdesivir 6
- 2.1 Wie bewertet die Staatsregierung z.B. durch das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) z.B. für die bayerischen Gesundheitsämter die Tatsache, dass die US-Behörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) das Mittel Remdesivir bei der Behandlung von COVID-19-Patienten mit Todesfällen in Zusammenhang bringt (bitte alle Rechtsgrundlagen der Zulassung von Remdesivir in Bayern unter Angabe aller einschlägigen Rechtsvorschriften offenlegen)? 6
- 2.2 Welche mit den in den USA gemäß 2.1 abgefragten analogen Todeszahlen bei Behandlung durch Remdesivir hat die Staatsregierung in Bayern erhoben oder sind ihr von Bundesebene bekannt, z. B. in Bezug auf Nierenversagen beim Einsatz von Remdesivir (bitte alle Kenntnisse und Studien etc. offenlegen, die einen Zusammenhang von Remdesivir mit Todesfällen betreffen)? .. 7
- 2.3 Wie unterscheiden sich in Bayern die bevorzugten Behandlungsprotokolle nach dem Stand der Wissenschaft bei geimpften und bei ungeimpften COVID-19-Patienten zum Zeitpunkt der Beantwortung dieser Anfrage (bitte auch unter Berücksichtigung des Einsatzes von Remdesivir beantworten, z. B. dass Remdesivir bevorzugt bei Ungeimpften empfohlen wird)? 7

3.	Wirkung von Ivermectin	7
3.1	Wie bewertet die Staatsregierung, z. B. durch das LGL z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter die Tatsache, dass die US-Behörde CDC das Mittel Ivermectin bei der Behandlung von COVID-19-Patienten mit Todesfällen in Zusammenhang bringt (bitte alle Rechtsgrundlagen der Zulassung von Ivermectin in Bayern unter Angabe aller einschlägigen Rechtsvorschriften offenlegen)?	7
3.2	Welche mit den in den USA gemäß 2.1 abgefragten analogen Todeszahlen bei Behandlung durch Ivermectin hat die Staatsregierung in Bayern erhoben oder sind ihr von Bundesebene bekannt, z. B. in Bezug auf Nierenversagen beim Einsatz von Ivermectin (bitte alle Kenntnisse und Studien etc. offenlegen, die einen Zusammenhang von Ivermectin mit Todesfällen betreffen)?	8
3.3	Wie unterscheiden sich in Bayern die bevorzugten Behandlungsprotokolle nach dem Stand der Wissenschaft bei geimpften und bei ungeimpften COVID-19-Patienten zum Zeitpunkt der Beantwortung dieser Anfrage (bitte auch unter Berücksichtigung des Einsatzes von Ivermectin beantworten, z. B. dass Ivermectin bevorzugt bei Geimpften empfohlen wird)?	8
4.	Codes	8
4.1	Welche Codes stehen den Gesundheitsbehörden der Staatsregierung zur Verfügung, um Pandemietote zu codieren (bitte jeden der Codes vollumfänglich für Pandemietote aufgrund von a) Tod durch COVID-19, b) Tod nach Impfung einer Person bei negativem PCR-Test mit/ohne Berücksichtigung der 14-Tage-Regel, c) Tod nach Impfung einer Person mit positivem PCR-Test mit/ohne Berücksichtigung der 14-Tage-Regel)?	8
4.2	Welche Codes verwenden die Gesundheitsbehörden der Staatsregierung, um Nennwirkungen in Verbindungen mit COVID-19-Impfungen zu codieren (bitte vollumfänglich alle zu diesem Zweck benutzbaren Codes offenlegen)? ...	9
4.3	Wie entwickeln sich die Zahlen der mit jedem dieser in 4.1 und 4.2 abgefragten Codes erfassten Fälle seit 01.01.2021 (bitte für jeden Code einzeln aufschlüsseln)?	9
5.	Das auffällig überproportionale Sterben der rüstigen 65- bis 74-Jährigen	10
5.1	Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass man dem EuroMOMO-System ab Impfbeginn der Alterskohorte der 65- bis 74-Jährigen eine signifikante Übersterblichkeit von kontinuierlich ca. vier Prozent für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmen kann, die über das gesamte Impfsjahr 2021 weitgehend parallel zur x-Achse verläuft?	10
5.2	Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass man dem EuroMOMO-System für Deutschland und damit auch für Bayern ab Impfbeginn der Alterskohorte der 65- bis 75-Jährigen eine signifikante Übersterblichkeit in den drei Sommermonaten 2021 mit Inzidenzen von teilweise nur zwei für diese Alterskohorte entnehmen kann, was gleichbedeutend damit ist, dass COVID-19 in diesen Monaten gar nicht existent ist?	11
5.3	Welche Kenntnisse hat die Staatsregierung über die offenkundige Annahme, dass die in 5.1 und 5.2 abgefragte Übersterblichkeit der Alterskohorte der 65- bis 75-Jährigen im Zusammenhang mit der zeitgleich durchgeführten Durchimpfung dieser Generation für Deutschland und damit auch für Bayern in Zusammenhang steht?	11
6.	Der auffällige Zusammenhang zwischen Durchimpfung einer Alterskohorte und Abstand derer Sterbekurve vom Normalzustand um die x-Achse	12
6.1	Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass sich das in 5.1 abgefragte Phänomen für Deutschland und damit auch für Bayern in den Alterskohorten der Unter-65-Jährigen parallel zur Abnahme der Quote der Durchimpfung jeder dieser Alterskohorten systematisch in Richtung x-Achse und damit in Richtung Normalzustand verschiebt?	12
6.2	Welche Handlungen leitet die Staatsregierung ein, um das aus diesen Darstellungen offenkundige Sterben im Zusammenhang mit COVID-19-Impfungen zu beenden (bitte ausführlich darlegen)?	12

6.3	Woraus leitet die Staatsregierung ihre Annahme ab, die Generation der Unter-14-Jährigen vor dem Tod durch COVID-19 durch eine Impfung schützen zu müssen, wo doch Destatis und EuroMOMO für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmbar ist, dass das Coronavirus seit Anfang 2020 keinerlei erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit in dieser Generation ausübt?	12
7.	Destatis entnehmbare hohe Sterblichkeitszuwächse ab Impfbeginn	12
7.1	Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass der offiziellen Statistik Destatis für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmbar ist, dass im Vergleich zur durchschnittlichen Sterblichkeit in jedem der Monate April, Mai, Juni, Juli, August, September der covidfreien Jahre 2016, 2017, 2018, 2019 im April 2021 eine um 6,8 Prozent, im Mai 2021 eine um 6,73 Prozent, im Juni 2021 eine um 8 Prozent, im Juli 2021 eine um 3 Prozent, im August 2021 eine um 2,9 Prozent und im September 2021 eine um 10,8 Prozent erhöhte Sterblichkeit errechenbar ist?	12
7.2	Aus welchen Zahlen der in 7.1 abgefragten Statistik leitet die Staatsregierung ihre Annahme ab, die Generation der Unter-14-Jährigen vor dem Tod durch COVID-19 durch eine Impfung schützen zu müssen, wo doch Destatis und EuroMOMO entnehmbar ist, dass das Coronavirus seit Anfang 2020 keinerlei erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit in dieser Generation ausübt?	13
7.3.	Welche Handlungen leitet die Staatsregierung ein, um das aus den in 7.1 abgefragte und offenkundig zunehmende Sterben in den Alterskohorten mit zunehmender „Durchimpfung“ zu beenden (bitte ausführlich darlegen)? ...	13
8.	Kenntnisse der Staatsregierung über Erhebungen von Krankenkassen	13
8.1	Welche Stelle ist zuständig, für die Staatsregierung Kontakt zu den Krankenkassen und zu deren Auswertungsmöglichkeiten über Krankheitsverläufe im Zusammenhang mit Impfschäden zu pflegen?	13
8.2.	Welche Kenntnisse sind der Staatsregierung auf dem in 8.1 abgefragten Weg seit 01.01.2020 über Gesundheitsschäden/Todesfälle durch COVID-19 bzw. Impfungen gegen COVID-19 zugeflossen?	13
8.3	Aus welchen Gründen betrachtet die Staatsregierung nach den in 1.1 bis 8.2 abgefragten Tatsachen die mit ihrer Hilfe verabreichten COVID-19-Impfungen noch immer als „sicher und effektiv“?	13

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 06.12.2021

1. **Zählweise der „Impftoten“**
- 1.1 **Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, dass/wie ein Verstorbener in Zusammenhang mit einer zuvor erhaltenen Impfung gegen das Coronavirus erfasst wird (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung – SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)?**
- 1.2 **Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, wie lange der Zeitraum zwischen Erstimpfung/Zweitimpfung und einem Versterben des Geimpften mindestens betragen muss, um beide Ereignisse als im Zusammenhang stehend zu erfassen (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)?**
- 1.3 **Welche Rechtsgrundlagen regeln z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter, wie lange der Zeitraum zwischen Erstimpfung/Zweitimpfung und einem Versterben des Geimpften maximal betragen darf, um beide Ereignisse als in Zusammenhang stehend zu erfassen (bitte vollständig aufschlüsseln und den einschlägigen Paragraphen zitieren, wie z. B. § 2 Nr. 2 SchAusnahmV: „[...] eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“; wird der symptomatische COVID-19-Infizierte einfach aus den geimpften Personen „wegdefiniert“)?**

Spezielle rechtliche Vorgaben für die Meldung von Todesfällen, die möglicherweise im Zusammenhang mit einer zuvor erhaltenen COVID-19-Schutzimpfung stehen, existieren nicht. Vielmehr gelten auch insoweit die allgemeinen Regelungen zur Meldung von Verdachtsfällen einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.

Gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 9 Abs. 3 Satz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung unverzüglich, spätestens aber 24 Stunden nach Kenntniserlangung, dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die zur Meldung verpflichteten Personen sind in § 8 Abs. 1 IfSG aufgeführt. Unter anderem gehören hierzu die feststellenden Ärzte (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 IfSG). Der Inhalt der Meldung ist in § 9 Abs. 1 IfSG geregelt und umfasst neben den persönlichen Daten der betroffenen Person, Angaben zur Diagnose und zum Behandlungsverlauf bei einem Verdacht auf Impfkomplication z. B. auch Angaben zur fraglichen Schutzimpfung.

Die Gesundheitsämter wiederum sind gemäß § 11 Abs. 4 IfSG i. V. m. § 66 Satz 2 Zuständigkeitsverordnung (ZustV) verpflichtet, einen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 IfSG gemeldeten Impfschadensverdacht unverzüglich in pseudonymisierter Form sowohl an die zuständige Landesbehörde (in Bayern die Regierungen gemäß § 66 Satz 1 Nr. 2 ZustV) als auch an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) zu übermitteln. Einen Ermessensspielraum dahingehend, ob ein gemeldeter Verdachtsfall weitergeleitet wird, haben die Gesundheitsämter insoweit nicht. Die Übermittlung hat alle notwendigen Angaben wie die Bezeichnung des Produkts, den Namen oder die Firma des pharmazeutischen Unternehmers, die Chargenbezeichnung, den Zeitpunkt der Impfung und den Beginn der Erkrankung zu enthalten. Außerdem sind die Gesundheitsämter gehalten, ggf. ergänzend eigene Ermittlungen anzustellen, sofern notwendige Angaben nicht vollständig vorliegen.

2. Wirkung von Remdesivir

2.1 Wie bewertet die Staatsregierung z.B. durch das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter die Tatsache, dass die US-Behörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) das Mittel Remdesivir bei der Behandlung von COVID-19-Patienten mit Todesfällen in Zusammenhang bringt (bitte alle Rechtsgrundlagen der Zulassung von Remdesivir in Bayern unter Angabe aller einschlägigen Rechtsvorschriften offenlegen)?

Am 3. Juli 2020 erhielt auf Antrag der Firma Gilead das Arzneimittel Veklury 100 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung mit dem Wirkstoff Remdesivir durch Entscheidung der EU-Kommission die zentrale Zulassung in Europa. Die Zulassung erfolgte auf Grundlage der „Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur“.

Für die Bewertung u. a. der Unbedenklichkeit von Arzneimitteln sind in Deutschland das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bzw. das PEI zuständig.

Remdesivir hat in der Europäischen Union und damit auch in Deutschland derzeit eine bedingte Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen über 12 Jahre mit COVID-19-Pneumonie mit Low- oder High-Flow Sauerstoffpflichtigkeit bzw. mit nicht invasiver Beatmung. Die bedingte Zulassung wurde aktuell nach Neubewertung der bis zu diesem Zeitpunkt verfügbaren neuen wissenschaftlichen Daten zum 3. Juli 2021 für ein weiteres Jahr befristet verlängert. Da es sich um eine bedingte Zulassung handelt, müssen auch in der Phase nach der Zulassung weiter umfangreich Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit gesammelt und im Zuge einer Risikobewertung durch den Zulassungsinhaber ständig fortlaufend bewertet werden. Der entsprechende Risiko-Management-Plan ist über die Seite der für die europäische Zulassung zuständigen Behörde, die European Medicines Agency (EMA) öffentlich zugänglich (https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp/veklury-epar-risk-management-plan_en.pdf). Die Pflicht zur Sammlung von Daten zur Sicherheit von Remdesivir umfasst auch alle Meldungen zu unerwünschten Wirkungen, darunter auch, falls gemeldet, Todesfälle unter Einsatz von Remdesivir. Auch die deutsche Bundesoberbehörde, das BfArM, ist in den Prozess der regelmäßigen Reevaluation von Remdesivir auf europäischer Ebene eingebunden. Seit Zulassung von Remdesivir zur Behandlung von COVID-19-Patienten wurden mögliche Nierenschäden und eine mögliche Sinusbradykardie unter Behandlung mit Remdesivir gemeldet und durch das Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) bei der EMA bewertet. Die wichtigen Ergebnisse der PRAC werden im Internet veröffentlicht und sind allgemein zugänglich (<https://www.ema.europa.eu/en/committees/pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac>). Dort können die Stellungnahmen des PRAC zu den möglichen Risiken von Remdesivir eingesehen werden (02/2021 und 06/2021).

Vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege werden keine Zahlen zu Todesfällen in Zusammenhang mit Remdesivir und COVID-19 erhoben.

Derartige Zahlen anderer deutscher Behörden sind der Staatsregierung auch nicht zugänglich oder bekannt. Für die Erfassung unerwünschter Wirkungen von Arzneimitteln ist in Deutschland das BfArM zuständig. Ob dort einschlägige Meldungen vorliegen, ist nicht bekannt.

Aus dem einleitenden Abschnitt der Schriftlichen Anfrage geht hervor, dass die ebenfalls in der Einleitung genannten Zahlen nicht aus Veröffentlichungen des CDC stammen, sondern einem Vortrag des Rechtsanwalts Renz entnommen sind, den dieser auf einer Veranstaltung in den USA gehalten hat. Die Daten stammen nach dortigen Angaben von einem Whistleblower aus dem amerikanischen Gesundheitssystem und können somit weder verifiziert noch bewertet werden.

Die Zulassung von Arzneimitteln wird in Deutschland im vierten Abschnitt (§§ 21–36 Arzneimittelgesetz – AMG) bzw. durch die Verordnung (EG) Nr. 726/2004 geregelt. Die Unterhaltung eines Pharmakovigilanzsystems für bereits zugelassene Arzneimittel ist in Abschnitt zehn (§§ 62–63k) AMG beschrieben. Remdesivir hat eine zentrale, für alle Mitgliedsstaaten gültige Zulassung nach Verordnung (EG) Nr. 726/2004.

2.2 Welche mit den in den USA gemäß 2.1 abgefragten analogen Todeszahlen bei Behandlung durch Remdesivir hat die Staatsregierung in Bayern erhoben oder sind ihr von Bundesebene bekannt, z. B. in Bezug auf Nierenversagen beim Einsatz von Remdesivir (bitte alle Kenntnisse und Studien etc. offenlegen, die einen Zusammenhang von Remdesivir mit Todesfällen betreffen)?

Durch die Staatsregierung werden keine Todeszahlen bei der Behandlung mit Remdesivir erhoben. Die Sammlung und Bewertung von Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen liegt in Deutschland in der Zuständigkeit der Bundesoberbehörden, im Fall von Remdesivir beim BfArM.

Für ein Nierenversagen unter Remdesivir-Einnahme hat sich ein kausaler Zusammenhang nicht bestätigen lassen. Die EMA hat sich dazu geäußert (<https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-8-11-february-2021>).

2.3 Wie unterscheiden sich in Bayern die bevorzugten Behandlungsprotokolle nach dem Stand der Wissenschaft bei geimpften und bei ungeimpften COVID-19-Patienten zum Zeitpunkt der Beantwortung dieser Anfrage (bitte auch unter Berücksichtigung des Einsatzes von Remdesivir beantworten, z. B. dass Remdesivir bevorzugt bei Ungeimpften empfohlen wird)?

Für Deutschland wurde durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. eine S3-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit COVID-19 erarbeitet. Diese ist im Internet öffentlich zugänglich (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGI_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf). Dort wird auch der Einsatz von Remdesivir entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft beschrieben (Kapitel 8.1.2.4). Ob und in welchem Umfang diese Behandlungsleitlinien in Bayern Anwendung finden, ist der Staatsregierung nicht bekannt.

3. Wirkung von Ivermectin

3.1 Wie bewertet die Staatsregierung, z. B. durch das LGL z. B. für die bayerischen Gesundheitsämter die Tatsache, dass die US-Behörde CDC das Mittel Ivermectin bei der Behandlung von COVID-19-Patienten mit Todesfällen in Zusammenhang bringt (bitte alle Rechtsgrundlagen der Zulassung von Ivermectin in Bayern unter Angabe aller einschlägigen Rechtsvorschriften offenlegen)?

Für die Bewertung u. a. der Unbedenklichkeit von Arzneimitteln sind in Deutschland das BfArM bzw. das PEI zuständig.

Ivermectin ist in der EU nicht für die Behandlung von COVID-19 zugelassen. Arzneimittel mit dem Wirkstoff Ivermectin werden als Mittel gegen parasitäre Erkrankungen schon seit Jahrzehnten bei Tieren eingesetzt. Für Menschen sind Arzneimittel mit diesem Wirkstoff erst seit wenigen Jahren, jedoch ebenfalls ausschließlich als Antiparasitikum, zugelassen. Ivermectin wurde bisher experimentell und im Rahmen klinischer Studien zur Behandlung von COVID-19 eingesetzt. In der Datenbank <http://www.clinicaltrials.gov> finden sich aktuell 81 Einträge zu klinischen Studien mit Ivermectin im Zusammenhang mit COVID-19. 27 der eingetragenen Studien wurden bisher abgeschlossen. Nicht zu allen abgeschlossenen Studien wurden die Ergebnisse schon veröffentlicht. Die bisher veröffentlichten Daten finden sich zum Teil ausschließlich auf Preprint-Servern und haben noch kein Begutachtungsverfahren durchlaufen, bei dem die wissenschaftliche Qualität überprüft wird. Die uns zugänglichen wissenschaftlichen Daten geben vereinzelt Hinweise auf eine gewisse Wirksamkeit von Ivermectin bei COVID-19. Allerdings sind diese Studien aufgrund der geringen Probandenzahlen und Mängeln im Studiendesign nur als sehr wenig aussagekräftig zu beurteilen.

Das National Institute of Health (NIH), die nationale Gesundheitsbehörde der USA, äußert sich weder für noch gegen einen Einsatz von Ivermectin bei COVID-19. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach aktuellem Kenntnisstand keine ausreichenden Belege aus guten und aussagefähigen klinischen Studien für einen Einsatz von Ivermectin sprechen (<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/antiviral-therapy/ivermectin/>).

Ebenso empfiehlt die EMA den Einsatz von Ivermectin zur Behandlung von COVID-19 im Augenblick nur im Rahmen klinischer Studien (<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-advises-against-use-ivermectin-prevention-treatment-covid-19-outside-randomised-clinical-trials>).

Von der Staatsregierung werden keine Zahlen zu Todesfällen in Zusammenhang mit Ivermectin und COVID-19 erhoben. Derartige Zahlen anderer deutscher Behörden sind der Staatsregierung auch nicht zugänglich oder bekannt. Für die Erfassung unerwünschter Wirkungen von Arzneimitteln ist in Deutschland das BfArM zuständig. Ob dort einschlägige Meldungen vorliegen, ist der Staatsregierung nicht bekannt.

Öffentlich zugängliche Äußerungen des CDC zu Todesfällen in Zusammenhang mit Ivermectin und COVID-19 konnten nicht recherchiert werden. Auf der Internetseite des CDC wird jedoch die Verwendung von Ivermectin zur Behandlung von COVID-19 ausdrücklich nicht empfohlen (<https://emergency.cdc.gov/han/2021/han00449.asp>). Es wird von einer steigenden Zahl von Vergiftungen nach Einnahme Ivermectin-haltiger Zubereitungen berichtet, die in erster Linie auf Überdosierungen oder Verwendung toxischer Präparate oder von Tierarzneimitteln in der Selbstmedikation zurückzuführen sind.

3.2 Welche mit den in den USA gemäß 2.1 abgefragten analogen Todeszahlen bei Behandlung durch Ivermectin hat die Staatsregierung in Bayern erhoben oder sind ihr von Bundesebene bekannt, z. B. in Bezug auf Nierenversagen beim Einsatz von Ivermectin (bitte alle Kenntnisse und Studien etc. offenlegen, die einen Zusammenhang von Ivermectin mit Todesfällen betreffen)?

Durch die Staatsregierung werden keine Todeszahlen bei der Behandlung mit Ivermectin erhoben. Die Sammlung und Bewertung von Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen liegt in Deutschland in der Zuständigkeit der Bundesoberbehörden, im Fall von Ivermectin beim BfArM.

3.3 Wie unterscheiden sich in Bayern die bevorzugten Behandlungsprotokolle nach dem Stand der Wissenschaft bei geimpften und bei ungeimpften COVID-19-Patienten zum Zeitpunkt der Beantwortung dieser Anfrage (bitte auch unter Berücksichtigung des Einsatzes von Ivermectin beantworten, z. B. dass Ivermectin bevorzugt bei Geimpften empfohlen wird)?

Für Deutschland wurde durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. eine S3-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit COVID-19 erarbeitet. Diese ist im Internet öffentlich zugänglich (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGI_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf). Der Einsatz von Ivermectin wird hier ausdrücklich nicht empfohlen.

Ob und in welchem Umfang diese Behandlungsleitlinien in Bayern Anwendung finden, ist der Staatsregierung nicht bekannt.

4. Codes

4.1 Welche Codes stehen den Gesundheitsbehörden der Staatsregierung zur Verfügung, um Pandemietote zu codieren (bitte jeden der Codes vollumfänglich für Pandemietote aufgrund von a) Tod durch COVID-19, b) Tod nach Impfung einer Person bei negativem PCR-Test mit/ohne Berücksichtigung der 14-Tage-Regel, c) Tod nach Impfung einer Person mit positivem PCR-Test mit/ohne Berücksichtigung der 14-Tage-Regel)?

Die Gesundheitsbehörden „codieren“ keine Sterbefälle. Hier liegt möglicherweise eine Verwechslung mit der Codierung von Todesursachen zur Erstellung der Todesursachenstatistik im Statistischen Landesamt vor.

Zu a):

Die Gesundheitsämter übermitteln Sterbefälle infolge von COVID-19 entsprechend der Meldepflicht nach IfSG über die zuständige Landesbehörde (hier das LGL) an das Robert Koch-Institut (RKI). Diesen Meldungen liegen die Falldefinitionen des RKI zu-

grunde. Dabei kann zwischen „an“ und „mit“ Corona gestorben unterschieden werden. Mit SARS-CoV-2 verstorben bedeutet, dass die Person aufgrund anderer Ursachen verstorben ist, aber auch ein positiver Befund auf SARS-CoV-2 vorlag. An SARS-CoV-2 verstorben bedeutet, dass die Person aufgrund der gemeldeten Krankheit verstorben ist. „Personen, bei denen die Ursache unbekannt ist,“ bedeutet, dass ein positiver SARS-CoV-2-Befund vorlag, die eigentliche Todesursache jedoch unbekannt ist. Das heißt, die Todesursache konnte noch nicht ermittelt werden oder es ist nicht mehr möglich, die genaue Ursache zu ermitteln.

Die Einordnung, welche Ursache zum Versterben geführt hat, obliegt den die Leichenschau durchführenden Ärzten.

Unbenommen davon leiten die Gesundheitsämter alle Todesbescheinigungen unabhängig von der Todesursache an das Statistische Landesamt zur Erstellung der Todesursachenstatistik weiter.

Zu b):

Der Tod nach Impfung bei negativem PCR-Test ist dann, wenn ein Verdacht auf Zusammenhang mit der Impfung besteht, also eine über das übliche Maß hinausgehende Impfkomplication vorliegen könnte, wie auch jeder andere Verdachtsfall auf eine solche Impfkomplication, gegenüber dem Gesundheitsamt meldepflichtig. Das Gesundheitsamt leitet die Meldung über die zuständige Landesbehörde (hier die Regierungen) an das PEI.

Zu c):

Der Tod nach einer Impfung von Personen, welche mittels PCR-Test positiv getestet wurden, ist dann gegenüber dem Gesundheitsamt meldepflichtig, wenn ein Verdacht auf Zusammenhang mit der Impfung besteht, also eine über das übliche Maß hinausgehende Impfkomplication vorliegen könnte, wie auch jeder andere Verdachtsfall auf eine solche Impfkomplication. Das Gesundheitsamt leitet die Meldung über die zuständige Landesbehörde (hier die Regierungen) an das PEI. Zusätzlich meldet das Gesundheitsamt den Todesfall entsprechend Punkt a) über die zuständige Landesbehörde an das RKI, es handelt sich in diesem Fall um einen Impfdurchbruch.

Ein Impfdurchbruch liegt vor, wenn bei einer vollständig geimpften Person eine PCR-bestätigte SARS-CoV-2-Infektion mit Krankheitszeichen, z. B. Fieber, festgestellt wird. Im Falle einer Infektion schützt die vollständige Impfung mit hoher Wahrscheinlichkeit vor schweren oder tödlichen Verläufen.

4.2 Welche Codes verwenden die Gesundheitsbehörden der Staatsregierung, um Nennwirkungen in Verbindungen mit COVID-19-Impfungen zu codieren (bitte vollumfänglich alle zu diesem Zweck benutzbaren Codes offenlegen)?

„Nennwirkungen“ sind der Staatsregierung nicht bekannt. Sofern Nebenwirkungen gemeint sind: Impfkomplicationen, die über das übliche Maß hinausgehen, sind gegenüber dem Gesundheitsamt meldepflichtig und werden von dort über die zuständige Landesbehörde (hier die Regierungen) an das PEI gemeldet. Die Gesundheitsbehörden codieren weder Todesursachen noch Impfnebenwirkungen. Das Meldeformular ist online verfügbar: <https://www.pei.de/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/meldeformulare-online-meldung/meldeformulare-online-meldung-node.html>.

4.3 Wie entwickeln sich die Zahlen der mit jedem dieser in 4.1 und 4.2 abgefragten Codes erfassten Fälle seit 01.01.2021 (bitte für jeden Code einzeln aufschlüsseln)?

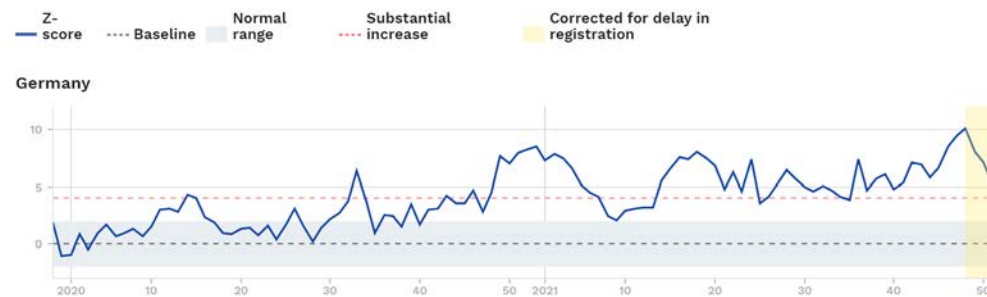
Seit 01.01.2021 gab es in Bayern 6414 Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19. Davon wurden von den Gesundheitsämter 5431 Fälle als „an“ COVID-19 verstorben klassifiziert. Unter den gesamten Sterbefällen waren 238 Impfdurchbrüche (Datenstand: 1. November 2021).

5. Das auffällig überproportionale Sterben der rüstigen 65- bis 74-Jährigen
5.1 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass man dem EuroMOMO-System ab Impfbeginn der Alterskohorte der 65- bis 74-Jährigen eine signifikante Übersterblichkeit von kontinuierlich ca. vier Prozent für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmen kann, die über das gesamte Impfsjahr 2021 weitgehend parallel zur x-Achse verläuft?

Vorbemerkung: EuroMOMO weist z-scores (die Anzahl der Standardabweichungen vom Mittelwert eines Informationspunktes) aus, keine Prozentwerte. Es kann auch nicht pauschal ein gleicher Verlauf der Kurven für Deutschland insgesamt und Bayern angenommen werden. Die Bundesländer weisen teilweise deutlich unterschiedliche Verläufe aus, wie bereits an den bei EuroMOMO ebenfalls abrufbaren Kurven für Berlin und Hessen zu erkennen ist.

Für die Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zeigt sich eine erhöhte Sterblichkeit zu Jahresbeginn und im Frühjahr 2021 – den Infektionswellen zu dieser Zeit folgend. Die erhöhte Sterblichkeit zu Jahresbeginn ist die Fortsetzung der erhöhten Sterblichkeit der Infektionswelle Ende 2020, deutlich vor Beginn des Impfens. Die Ursachen für die etwas erhöhte Sterblichkeit in der in der Anfrage genannten Altersgruppe in Deutschland im Sommer 2021 sind der Staatsregierung nicht bekannt.

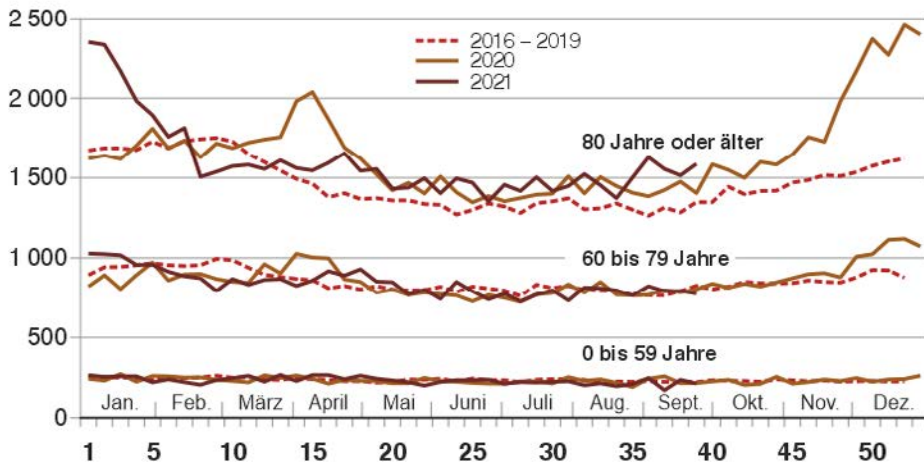
Übersterblichkeit Deutschland 2020 und 2021 nach Kalenderwochen, z-scores, Altersgruppe 65–74 Jahre



Quelle: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

Für Bayern stellt sich das Sterbegeschehen 2020 und 2021 im Vergleich zu den Vorjahren wie folgt dar (<https://www.statistik.bayern.de/presse/mitteilungen/2021/pm315/index.html>):

Sterbefälle in Bayern nach Altersgruppen
 2016 bis September 2021 *



* Die Daten für das Jahr 2021 sind vorläufig.

Wie das Landesamt für Statistik, Fürth 2021, nach der Auswertung vorläufiger Daten mitteilt, verstarben im September 2021 nach derzeitigem Datenstand 10 997 Personen. Damit lag die Zahl der Sterbefälle im Freistaat im September 2021 rund 11 Prozent über der durchschnittlichen Anzahl an Verstorbenen in den Jahren 2016 bis 2019 (9 871 Personen). Sie fiel auch etwas höher aus als im Jahr 2020, als im September 10 587 Sterbefälle verzeichnet wurden.

Eine Differenzierung nach Altersgruppen zeigt, dass der Anstieg der Sterbefallzahlen im Freistaat auf erhöhte Sterbefallzahlen in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren zurückzuführen ist. Im September 2021 übersteigt die Zahl der Verstorbenen in dieser Altersgruppe den Vergleichswert aus den Vorjahren um mehr als 20 Prozent.

Abweichung der monatlichen Sterbefallzahlen Bayerns in den Jahren 2020 und 2021 von den Durchschnittswerten der Jahre 2016 bis 2019 (in %)												
Alter	Jahr und Monat											
	2020											
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Insgesamt	-2,1	-0,8	1,3	21,5	2,8	1,0	1,8	4,4	7,3	6,3	13,1	35,2
0 bis 59 Jahre	-2,0	1,9	-2,3	-0,9	-0,2	-6,8	-3,3	-3,0	3,1	-2,0	-1,8	6,1
60 bis 79 Jahre	-5,4	-4,6	-4,4	13,6	-3,1	-6,6	-4,1	-0,8	2,6	-0,3	5,2	19,9
80 Jahre und älter	-0,3	1,0	5,1	29,9	6,8	7,1	6,3	8,8	10,8	11,6	20,0	48,1

Alter	Jahr und Monat											
	2021											
	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Insgesamt	22,0	-3,0	-6,6	8,0	8,0	5,3	2,3	4,1	11,4			
0 bis 59 Jahre	3,2	-12,3	1,1	3,4	5,7	-3,8	-6,6	-7,3	-5,6			
60 bis 79 Jahre	8,1	-6,2	-10,3	4,4	5,1	-1,9	-5,2	-1,5	1,5			
80 Jahre und älter	32,5	0,2	-5,6	10,9	10,0	11,4	8,5	9,5	20,3			

© Bayerisches Landesamt für Statistik

5.2 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass man dem EuroMO-MO-System für Deutschland und damit auch für Bayern ab Impfbeginn der Alterskohorte der 65- bis 75-Jährigen eine signifikante Übersterblichkeit in den drei Sommermonaten 2021 mit Inzidenzen von teilweise nur zwei für diese Alterskohorte entnehmen kann, was gleichbedeutend damit ist, dass COVID-19 in diesen Monaten gar nicht existent ist?

Für die Sommermonate 2021 liegen bisher nur vorläufige Daten vor. Eine Bewertung sollte erst erfolgen, wenn die endgültigen Daten vorliegen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 5.1 verwiesen.

5.3 Welche Kenntnisse hat die Staatsregierung über die offenkundige Annahme, dass die in 5.1 und 5.2 abgefragte Übersterblichkeit der Alterskohorte der 65- bis 75-Jährigen im Zusammenhang mit der zeitgleich durchgeführten Durchimpfung dieser Generation für Deutschland und damit auch für Bayern in Zusammenhang steht?

Die Staatsregierung kann keinen Zusammenhang zwischen den Impfungen und den Sterbefällen in der genannten Altersgruppe erkennen. Dagegen ist der Zusammenhang mit den Infektionswellen in der ersten Jahreshälfte deutlich sichtbar.

- 6. Der auffällige Zusammenhang zwischen Durchimpfung einer Alterskohorte und Abstand derer Sterbekurve vom Normalzustand um die x-Achse**
- 6.1 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass sich das in 5.1 abgefragte Phänomen für Deutschland und damit auch für Bayern in den Alterskohorten der Unter-65-Jährigen parallel zur Abnahme der Quote der Durchimpfung jeder dieser Alterskohorten systematisch in Richtung x-Achse und damit in Richtung Normalzustand verschiebt?**

Die Sterblichkeit nimmt in Deutschland wie auch in Bayern mit dem Alter zu. Dies erklärt auch eine partielle Parallelität von Sterberaten und Impfquoten (sog. Confounding).

- 6.2 Welche Handlungen leitet die Staatsregierung ein, um das aus diesen Darstellungen offenkundige Sterben im Zusammenhang mit COVID-19-Impfungen zu beenden (bitte ausführlich darlegen)?**

„Die Impfungen tragen in erheblichem Maße dazu bei, Sterbefälle zu vermeiden. Der Wochenbericht des RKI vom 11.11.2021 weist auf der Grundlage der aktuellen Daten in Deutschland für die Impfung aus: Schutz vor Tod ca. 92 Prozent (Alter 18–59 Jahre) bzw. ca. 87 Prozent (Alter ≥60 Jahre)“ (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?blob=publicationFile, Seite 23.). Die Staatsregierung setzt sich daher aus ihrer Verantwortung zum Schutz von Gesundheit und Leben der bayerischen Bevölkerung entschieden für eine Verbesserung der Impfquoten und für möglichst rasche Auffrischungsimpfungen, insbesondere bei den besonders vulnerablen Gruppen, ein.

- 6.3 Woraus leitet die Staatsregierung ihre Annahme ab, die Generation der Unter-14-Jährigen vor dem Tod durch COVID-19 durch eine Impfung schützen zu müssen, wo doch Destatis und EuroMOMO für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmbar ist, dass das Coronavirus seit Anfang 2020 keinerlei erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit in dieser Generation ausübt?**

Die 12- bis 14-Jährigen sind in die Impfpflicht der Ständigen Impfkommission (STIKO) für die 12- bis 17-Jährigen vom 18.08.2021 eingeschlossen, nachdem die STIKO auf der Grundlage der vorliegenden Daten ein Überwiegen des Nutzens gegenüber den Risiken auch für die 12- bis 17-Jährigen gesehen hat (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33_21.pdf?blob=publicationFile). Für die Fünf- bis Elfjährigen wurde der Kinderimpfstoff am 26. November 2021 durch die EU-Kommission zugelassen.

Die STIKO bereitet derzeit eine Empfehlung zur Impfung von Kindern zum Start der ersten Vakzin-Lieferung vor.

Die Sterblichkeit ist nur ein Parameter, um den Nutzen einer Impfung zu bewerten. Krankheitslast, Infektionsschwere oder mögliche nach einer Krankheit auftretende Spätfolgen müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Insofern ist eine fachliche Grundlage der Frage nicht gegeben.

- 7. Destatis entnehmbare hohe Sterblichkeitszuwächse ab Impfbeginn**
- 7.1 Wie erklärt sich die Staatsregierung die Tatsache, dass der offiziellen Statistik Destatis für Deutschland und damit auch für Bayern entnehmbar ist, dass im Vergleich zur durchschnittlichen Sterblichkeit in jedem der Monate April, Mai, Juni, Juli, August, September der covidfreien Jahre 2016, 2017, 2018, 2019 im April 2021 eine um 6,8 Prozent, im Mai 2021 eine um 6,73 Prozent, im Juni 2021 eine um 8 Prozent, im Juli 2021 eine um 3 Prozent, im August 2021 eine um 2,9 Prozent und im September 2021 eine um 10,8 Prozent erhöhte Sterblichkeit errechenbar ist?**

Es gibt in allen Jahren Schwankungen der Sterblichkeit. Einzelne Monate herauszusuchen, die in ein vorher bereits festgestelltes Bild passen, ist eine unwissenschaftliche Vorgehensweise.

- 7.2 Aus welchen Zahlen der in 7.1 abgefragten Statistik leitet die Staatsregierung ihre Annahme ab, die Generation der Unter-14-Jährigen vor dem Tod durch COVID-19 durch eine Impfung schützen zu müssen, wo doch Destatis und EuroMOMO entnehmbar ist, dass das Coronavirus seit Anfang 2020 keinerlei erkennbaren Einfluss auf die Sterblichkeit in dieser Generation ausübt?**
- 7.3. Welche Handlungen leitet die Staatsregierung ein, um das aus den in 7.1 abgefragte und offenkundig zunehmende Sterben in den Alterskohorten mit zunehmender „Durchimpfung“ zu beenden (bitte ausführlich darlegen)?**

Die Staatsregierung leitet aus unwissenschaftlichen Betrachtungen der Statistik keine Schlussfolgerungen ab. Sie nimmt auch selbst keine fachlichen Bewertungen des Nutzens von Impfungen vor, dies ist Aufgabe der zuständigen Behörden auf europäischer und Bundesebene. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Fragen 6.2 und 6.3 verwiesen.

- 8. Kenntnisse der Staatsregierung über Erhebungen von Krankenkassen**
- 8.1 Welche Stelle ist zuständig, für die Staatsregierung Kontakt zu den Krankenkassen und zu deren Auswertungsmöglichkeiten über Krankheitsverläufe im Zusammenhang mit Impfschäden zu pflegen?**
- 8.2. Welche Kenntnisse sind der Staatsregierung auf dem in 8.1 abgefragten Weg seit 01.01.2020 über Gesundheitsschäden/Todesfälle durch COVID-19 bzw. Impfungen gegen COVID-19 zugeflossen?**

Der Staatsregierung ist keine Stelle bekannt, die in Bezug auf mögliche Impfschäden Kontakt mit den Krankenkassen pflegt. Eine Übermittlung von Sozialdaten durch die Krankenkassen – auch an staatliche Stellen – ist nur zulässig, wenn dafür eine gesetzliche Grundlage besteht; eine einschlägige Rechtsgrundlage ist nicht ersichtlich. Ohnehin wären die zu Abrechnungszwecken erhobenen Daten der Krankenkassen regelmäßig nicht geeignet, einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Impfung und einer bestimmten Gesundheitsbeeinträchtigung herzustellen.

- 8.3 Aus welchen Gründen betrachtet die Staatsregierung nach den in 1.1 bis 8.2 abgefragten Tatsachen die mit ihrer Hilfe verabreichten COVID-19-Impfungen noch immer als „sicher und effektiv“?**

Für die Zulassung von Impfstoffen, d. h. die Bewertung der Qualität, Wirksamkeit sowie die Pharmakovigilanz (Arzneimittelsicherheit) nach der Zulassung ist in Deutschland das PEI zuständig. Die STIKO im RKI erstellt auf der Grundlage der Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit der jeweiligen zugelassenen Impfstoffe die Impfeempfehlungen, sodass Impfstoffe optimal eingesetzt werden können. Hierfür bezieht die STIKO die Bewertungen des PEI zur Sicherheit von Impfstoffen mit ein. Die Expertise zur Beurteilung von individuell auftretenden unerwünschten Reaktionen nach Impfungen liegt beim PEI. Nach der Zulassung eines Impfstoffs werden kontinuierlich alle Meldungen mit Verdacht auf eine Nebenwirkung bzw. Impfkomplication erfasst und bewertet. Das PEI veröffentlicht wöchentlich Sicherheitsberichte zu den gemeldeten Verdachtsfällen in Deutschland nach der Impfung gegen COVID-19. Spezifische Fragen über den Sicherheitsbericht hinaus beantwortet das PEI unter pharmakovigilanz1@pei.de.

Nach derzeitigem Kenntnisstand bieten die COVID-19-mRNA-Impfstoffe Comirnaty (BioNTech/Pfizer) und Spikevax (Moderna) sowie der Vektor-Impfstoff Vaxzevria (AstraZeneca) eine hohe Wirksamkeit von etwa 90 Prozent gegen eine schwere COVID-19-Erkrankung (z. B. Behandlung im Krankenhaus) und eine Wirksamkeit von etwa 75 Prozent gegen eine symptomatische SARS-CoV-2-Infektion mit der Delta-Variante (Stand: 2. November 2021; Quelle: RKI).