

Studenten- und Jugendinitiative
StudentenStehenAuf Baden-Württemberg



Sehr geehrte Damen und Herren,

gleiche Lernbedingungen und -möglichkeiten für alle Studierende unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer persönlichen Vorgeschichte, ihrer politischen Einstellung, ihrem Glauben und ihren körperlichen Voraussetzungen waren bis vor einiger Zeit ganz selbstverständlich an unseren Universitäten. Niemand durfte andere Studierende ausgrenzen, diskriminieren, öffentlich bloßstellen oder ihnen gar den Zugang zu Lehrveranstaltungen verwehren.

Dieser Grundsatz wird seit dem 29. November 2021 an baden-württembergischen Hochschulen und Universitäten mit Füßen getreten. Die zu diesem Zeitpunkt eingeführte 2G-Regelung widerspricht diesen allgemeingültigen Prinzipien und dem Recht auf Bildung (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 26) für all diejenigen, die keinen Sars-CoV-2 Genesenen- oder Impfnachweis vorlegen können. Mit großer Sorge nehmen wir wahr, dass unsere Gesellschaft und die Universitätsgemeinschaft in Gegen-COVID19-Geimpfte und Nicht-Gegen-COVID19-Geimpfte gespalten werden. Gleichzeitig wird auf Nicht-Geimpfte ein steigender Druck ausgeübt, sich impfen zu lassen.

Dabei stellen sich uns immer wieder folgende Fragen: Können alle geimpften Studierenden auch einen positiven Antikörpertest als Immunitätsnachweis für Sars-CoV-2 vorzeigen? Sind es nur diese Antikörper, die für die Bewältigung dieser Erkrankung vonnöten sind oder spielen hierfür Kreuzimmunität, ein gesundes Immunsystem, ein seelisch und moralisch gesunder Zustand und Ausgeglichenheit nicht auch eine wichtige Rolle? Warum werden Antikörpertiter nicht als Immunitätsnachweis akzeptiert, wenn dieser nicht durch einen positiven PCR-Test bestätigt ist, es jedoch bekannt ist, dass es asymptomatische Krankheitsverläufe gibt? Wer garantiert, dass geimpfte Personen nicht auch Träger des Virus sind? Warum müssen sich geimpfte und genesene Menschen nicht ebenfalls testen lassen? Warum dürfen geimpfte oder genesene Menschen am Abend „Party machen“ und am Morgen im Vorlesungssaal unbemerkt andere nach Ihrer Definition „gefährden“?

Auf diese Fragen werden meist nur scheinbar Antworten gegeben. Nach eingehender und umfassender Recherche kommen wir jedoch zu dem Schluss, dass in diesen Fragen gerade keine wissenschaftliche Einhelligkeit herrscht:

Infektiosität von Geimpften und Ungeimpften ist nicht signifikant unterschiedlich

Bislang wird breit medial kommuniziert, dass die Impfung vor Übertragung schütze. Ist die Infektiosität von Geimpften und Ungeimpften jedoch wirklich signifikant verschieden?

Laut einer englischen Kohortenstudie, welche am 28. Oktober 2021 in dem renommierten Wissenschaftsjournal „The Lancet“ veröffentlicht wurde, unterscheidet sich die Anzahl der Menschen, die sich mit dem Virus infizieren, sowie die Viruslast bei Geimpften und Ungeimpften im Vergleich kaum. Somit sind Geimpfte gleichermaßen Überträger wie auch Ungeimpfte. Lediglich die Abnahme der Viruslast scheint sich bei geimpften Personen zeitlich schneller zu vollziehen als bei Ungeimpften (Singanayagam et al., 2021; Baden et al., 2020).

Ist aufgrund der unterschiedlichen Abnahme der Viruslast der Verlauf der Krankheit zwischen Geimpften und Ungeimpften derart unterschiedlich?

Die Zulassungsstudien der verschiedenen COVID-19-Impfstoffe zeigen auf, dass die ermittelte Impfeffektivität zwischen 60 % und 95 % an einem Follow-Up von nur 10 bis 14 Wochen festgemacht wird (Baden et al., 2020; Polack et al., 2020; Sadoff et al., 2021; Voysey et al., 2021).

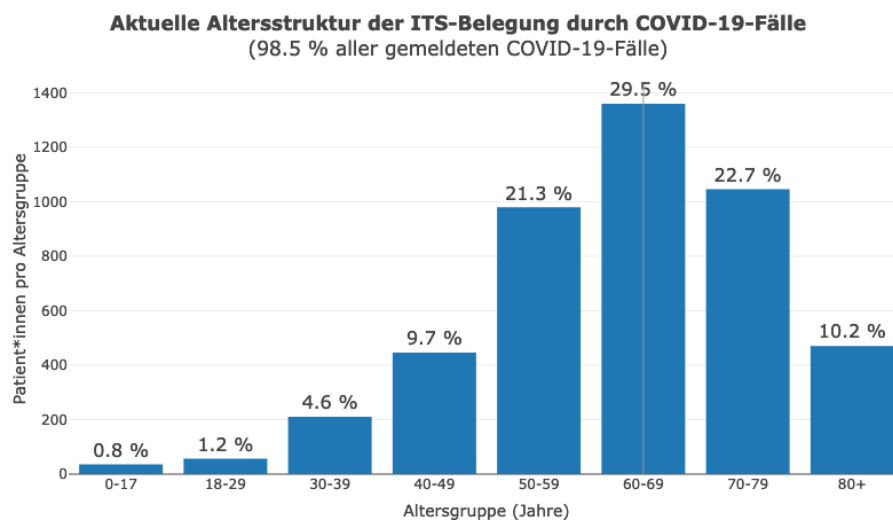
Dieser kurze Beobachtungszeitraum lässt keinerlei Aussagen über die Langzeiteffektivität der Impfung oder über die Verhinderung von schweren Verläufen oder gar Todesfällen durch die Vakzine zu. Um solche Aussagen treffen zu können, sind stattdessen Beobachtungsstudien mit geimpften und nicht-geimpften Gruppen im direkten Vergleich nötig. Eine solche Fall-Kontrollstudie aus Israel wurde im April 2021 im wissenschaftlichen Journal „The New England Journal of Medicine“ (Dagan et al., 2021) veröffentlicht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Risikoreduktion von Geimpften in Bezug auf eine Krankenhausbehandlung absolut nur 0,025 % beträgt. Um also eine Hospitalisierung zu verhindern, müssen demnach etwa 4.000 Personen geimpft werden.

Behält man im Blick, dass durch eine ausreichend hohe Impfquote versucht werden soll, die Intensivstationen der Krankenhäuser bestmöglich zu entlasten, könnte man vorerst zu dem Schluss kommen, eine derartige Risikoreduktion durch die Impfung sei gerechtfertigt. Hierzu

müssen allerdings viele weitere Aspekte in den Blick genommen werden:
Welche Risiken bringen die COVID-19-Impfungen für den Einzelnen mit sich?

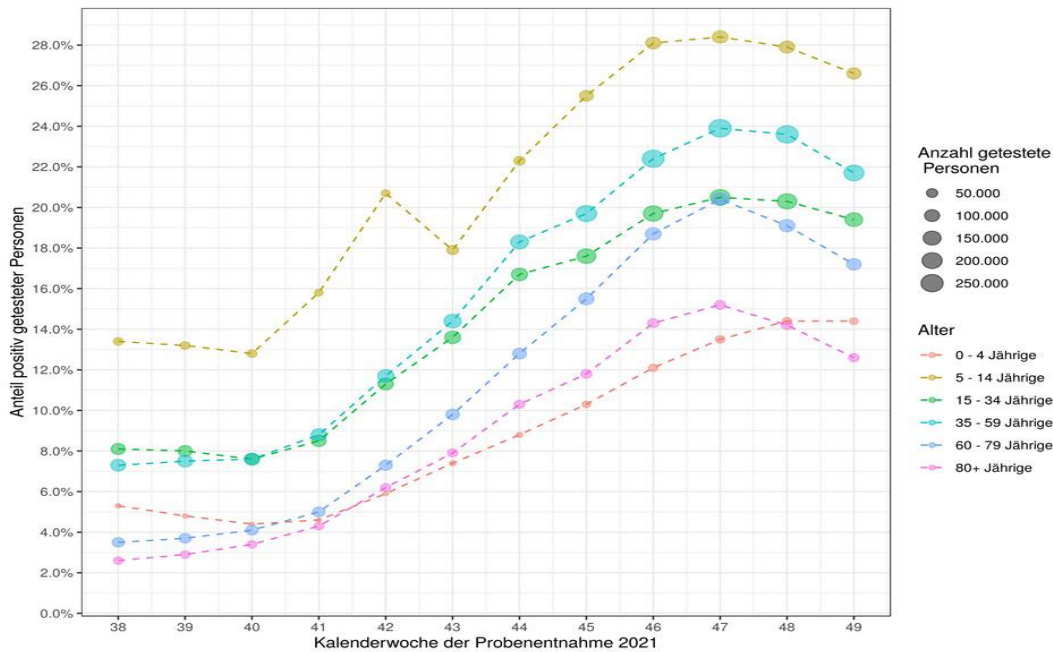
Welches Risiko gehen demnach 4.000 Menschen ein, um eine einzige Hospitalisierung verhindern zu können? Wie kann es gerechtfertigt erscheinen, die Befürwortung einer Impfung damit zu begründen, dass das Gesundheitssystem nicht überlastet werden darf, wenn dieses, durch ständig weiter abgebaute Betten und Überbelastung von Pflegekräften, selbst an der Überlastung mitwirkt?

Wir sind Studierende im Alter von etwa 20-30 Jahren. Warum werden hier Maßnahmen ergriffen, die uns das Studieren erschweren?



(DIVI Intensivregister, 26.01.22 18:16 Uhr)

Wie aus der Darstellung ersichtlich wird, beträgt die Rate der Intensivbettenbelegungen von 0-29-Jährigen 2 %. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass in der Auflistung der Belegung der Intensivbetten nicht unterschieden wird, ob die Covid-19-Erkrankung hauptsächlich für die notwendige Intensivbehandlung ist. Möglicherweise braucht der Patient aufgrund einer anderen schweren Erkrankung intensivmedizinische Behandlung und hat gleichzeitig eine Covid-19-Erkrankung mit symptomlosem oder mildem Verlauf. Jedenfalls bedürfen mit 2 % nur sehr wenige junge Menschen intensivmedizinischer Behandlung, insbesondere in Relation zur derzeit vergleichsweise sehr hohen Inzidenz.



(DIVI Intensivregister, 26.01.22 18:21Uhr)

Im Folgenden soll nun auf die Risiken der COVID-19-Impfstoffe für die Altersgruppe zwischen 0 und 29 Jahren eingegangen werden, um zu einer Risikoabwägung zwischen natürlicher Infektion und eventuellen Impfnutzen zu gelangen. Grundsätzlich ist bei der Nutzen-Schaden-Bilanz das persönliche Risiko eines Menschen, schwer an COVID-19 zu erkranken oder gar an der Erkrankung zu versterben, zu berücksichtigen. Die entscheidenden Faktoren für dieses Risiko sind das Lebensalter und möglicherweise vorliegende chronische Erkrankungen. So konnte in einer systematischen Übersichtsarbeit gezeigt werden, dass das Risiko, an COVID-19 zu versterben, für Menschen über 80 Jahre etwa 10.000 Mal höher ist als für Kinder unter 10 Jahren (Levin et al., 2020). Dieser Faktor muss in die Überlegungen zum Nutzen, aber auch zum Schaden der Impfung mit einbezogen werden. Die Zahlen im Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts legen nahe, dass schwere unerwünschte Wirkungen der Impfung bei Kindern etwa gleich häufig vorkommen wie bei Erwachsenen. Hieraus ist zu folgern, dass die Nutzen-Schaden-Bilanz der Impfung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit negativ ist, das heißt, dass mit der Impfung mehr Schaden angerichtet wird als schwere COVID-Erkrankungen verhindert werden. Allenfalls bei alten Menschen und solchen mit Risikofaktoren für einen schweren Verlauf könnte eine eventuell vorhandene Schutzwirkung der Impfung überwiegen. Der nur kurzzeitig andauernde Schutz und die negativen Folgen der Booster-Impfungen, wie wir sie z.B. in Israel beobachten können, lassen selbst diesen Nutzen zweifelhaft erscheinen. Zusätzlich muss noch berücksichtigt werden, dass

viele mögliche Langzeitschäden der Impfungen aufgrund von verkürzter Beobachtungszeit und unvollständiger Dokumentation noch gar nicht bekannt sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Belastung der Intensivstationen durch junge Menschen (0-29 Jahre) ist mit 2 % sehr gering, wobei hier sowohl schwer an COVID-19 erkrankte als auch positiv auf COVID-19 getestete Patienten mit einer anderen schweren Erkrankung mitgezählt werden. Hohe Inzidenzen in dieser Altersgruppe haben also keinen nennenswerten negativen Einfluss auf die Belastung und drohende Überlastung des Gesundheitssystems.

Intensivbettenabbau

Ein weiterer signifikanter Punkt sind die Schließungen von Krankenhäusern. Auf dieses Thema geht die Bundesregierung mit einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 25. November 2021 gemäß § 14 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in ihrem „Bericht über den durch die Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds bewirkten Strukturwandel“ ein. Hier wird auf die bereits teilweise erfolgte sowie noch bevorstehende **Schließung von 34 Krankenhäusern** oder Krankenhausstandorten eingegangen.

Ebenso wird in oben genanntem Bericht deutlich, dass „tendenziell [...] in Bundesländern mit einer höheren Bettendichte etwas mehr Betten abgebaut [wurden] (6,4 abgebaute Betten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)“. Dies entspricht deutschlandweit 5.120 Intensivbetten. Eine eindeutige Statistik zu diesen Zahlen wird auf der offiziellen Seite des Intensivbettenregisters aufgeführt, auf der auch die Zahlen für die einzelnen Bundesländer eingesehen werden können. In Baden-Württemberg bedeutet dies von April 2020 bis Dezember 2021 einen **Abbau von über 1.000 verfügbaren Intensivbetten**. Inwiefern ist es sinnvoll, in einer Pandemie weiterhin Krankenhäuser zu schließen und damit die Kapazitäten von Intensivbetten bewusst zu minimieren, obwohl diese anscheinend mehr denn je vonnöten sind? Müssen jetzt nicht geimpfte Studierende für dieses offensichtliche Fehlwirtschaften im medizinischen Sektor leiden?

Gerichtsbeschluss

Aus rechtlicher Perspektive ist durch den VGH Beschluss vom 21.01.2022 bestätigt, dass die Ausgrenzung nicht unter die 2G-Regelung fallender Studierender aufgrund einer “inzidenzunabhängigen Alarmstufe II” rechtswidrig ist (Holtz, 2022). Aufgrund dieses Beschlusses wurden Studierende vom 29. November 2021 bis zum 23. Januar 2022 vom Studienleben ausgeschlossen. Während dieser Zeit war es Aufgabe der Hochschulen und Dozierenden, die Studierbarkeit für die von der Präsenzlehre ausgeschlossenen Studierenden weiterhin zu gewährleisten. Erfahrungsberichte aus unterschiedlichsten Standorten Baden-Württembergs, die uns zugetragen wurden, zeigen leider, dass diese Aufgabe nicht für alle Studierenden gleichermaßen und zureichend erfüllt wurde. Ist die Studierbarkeit durch das Zusammenfassen eines Textes gewährleistet? Reicht ein Exzerpt aus, um sich neues Wissen anzueignen oder ist es nicht gerade der Diskurs innerhalb einer Gruppe von Lernenden - der Austausch mit den Kommilitonen - der für diesen erstrebten Wissenszuwachs unerlässlich ist? Durch den Beschluss vom 21.01.2022 sind die baden-württembergischen Hochschulen dazu verpflichtet, zwingend erforderliche Präsenzveranstaltungen im Hygienekonzept zu definieren sowie die Studierbarkeit, falls die Zahlen wieder die 2G-Regelung im Studienbetrieb erfordern, sicherzustellen, indem sie

- “1. einen zeitgleichen digitalen Zugang zu diesen Veranstaltungen
 2. eine digitale Aufzeichnung unverzüglich im Anschluss an die jeweilige Veranstaltung,
 3. schriftliche Unterlagen, die den Lehrstoff beinhalten, vor der jeweiligen Veranstaltung oder unverzüglich im Anschluss an die jeweilige Veranstaltung,
 4. Angebote nach den Nummern 1 bis 3 in geeigneter Kombination oder
 5. Angebote, die im Wesentlichen in gleichwertiger Weise die Studierbarkeit der Studiengänge gewährleisten,
- zur Verfügung stellen.”

Diese Maßnahmen der Gewährleistung der Studierbarkeit wurden in den vergangenen Monaten schon durchlebt und erprobt. Folgendes mussten wir feststellen:

Wurde 1. angeboten, so wurde dies meistens durch Kommilitonen anstatt durch die Dozierenden bzw. die Hochschule selbst gewährleistet. Abgesehen von technischen Schwierigkeiten bei der Übertragung wurden die nicht in Präsenz anwesenden Studierenden häufig nicht in den Diskurs einbezogen.

Wurde 2. durchgeführt, ist den betroffenen Studierenden aus offensichtlichen Gründen die aktive Teilnahme an vorhandenen Diskussionen und das situationsbezogene Fragenstellen verwehrt geblieben.

Vorgabe 3 ist theoretisch durch das Verfassen eines Exzerpts gewährleistet. Allerdings fördert dies kaum die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema. Auch der Lerneffekt, welcher durch eine Diskussion im Plenum und durch die Aufarbeitung der Dozierenden in der Präsenzstunde erreicht werden soll, kann durch die Bearbeitung schriftlich bereitgestellter Unterlagen leider nicht erzielt werden.

Nur unschwer ist zu erkennen, dass Punkt 5 der Verordnung jegliche Spielräume in Bezug darauf offenlässt, wie eine Universität bzw. Dozierende versuchen, die Studierbarkeit für vom Präsenzunterricht ausgeschlossene Studierende zu gewährleisten. Es liegt somit ebenfalls im Ermessen der jeweiligen Hochschule oder der Dozierenden, zu entscheiden, ob diese Studierbarkeit nun gewährleistet ist oder nicht. Diese Art und Weise der "gewährleisteten Studierbarkeit" haben wir in den vergangenen Wochen erlebt.

Wir erkennen an, dass das Thema höchst komplex ist und es in der Wissenschaft in Bezug auf verschiedene Aspekte der Thematik Uneinigkeit gibt. Es ist gerade diese wissenschaftliche Uneinigkeit, die schwerwiegende Maßnahmen und Grundrechtseingriffe unserer Ansicht nach nicht rechtfertigt. Wir sind Studierende, die ein Studium zusammen mit unseren Kommilitonen an und in der Universität erleben möchten. Wir möchten lernen dürfen - und das ohne uns dazu gezwungen zu sehen, uns gegen unseren Willen impfen lassen zu müssen. Wir lehnen körperliche Zugangskriterien strikt ab, die darüber entscheiden, ob man sich bilden oder fortbilden kann. Einen offenen Diskurs sowohl in den Medien als auch an den Universitäten erachten wir als dringend geboten und stehen hierfür ein. Auch ein hart geführter Diskurs darf nicht dazu führen, dass Menschen persönlich stigmatisiert oder ausgegrenzt werden.

Warum wird renommierten Wissenschaftlern die Approbation aberkannt, sobald sich diese basierend auf ihrer eigenen Forschung gegen die Maßnahmen aussprechen? Warum bekommen Dozierende und Professoren Probleme, wenn ihre Ansicht nicht mit der Ansicht der Bildungseinrichtung übereinstimmt?

Wir sind Menschen, die sich wünschen, mit Respekt und Offenheit aufeinander zuzugehen. In den Dialog zu treten bedeutet, auch anderen Meinungen einen Raum zu bieten. Gerade der Austausch von sich diametral gegenüberstehenden Positionen ist die Voraussetzung für die Synthese neuer Erkenntnisse. Diese neuen Erkenntnisse bilden die Grundlage für eine funktionierende Gesellschaft.

Der Bundesjustizminister Frank Buschmann sowie viele Abgeordnete der FDP-Fraktion möchten den Freedom-Day am 20.03.2022 einläuten. Dies sehen wir als Anlass, Sie aufzufordern, sämtliche einschränkende Maßnahmen, die die Studierenden betreffen, vollumfänglich zurückzunehmen. Des Weiteren werden wir auch, sollte keine Revidierung der Position der medizinischen Institutionen was die Impfung angeht kommen, juristische Schritte einleiten. Die Nötigung durch ein Berufs- bzw. Studienverbot ist in Anbetracht der jetzigen Situation nicht zu rechtfertigen und ist nach Einschätzung von Experten schlussendlich als klarer Verstoß gegen das Grundgesetz zu bewerten. Wir hoffen, dass auch Sie zur Raison kommen und dem Ruf unserer Bildungseinrichtungen im Land keinen weiteren Schaden hinzufügen. Denn wer die vollumfängliche Rücknahme aller Corona Maßnahmen verweigert, stellt sich nicht nur gegen die humanistischen Werte unserer Verfassung, sondern auch gegen unsere freiheitliche Demokratie.

Als Initiative stehen wir gerne für einen Austausch mit Ihnen zur Verfügung. Auch sind wir der Überzeugung, dass nur die konstruktive Zusammenarbeit vor Ort zu einem langfristig besseren Ergebnis führt. Gerne vermitteln wir die entsprechenden Kontakte.

Mit freundlichen Grüßen

„StudentenStehenAuf Baden-Württemberg“



Literaturverzeichnis:

- Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., Kotloff, K., Frey, S., Novak, R., Diemert, D., Spector, S. A., Rouphael, N., Creech, C. B., McGettigan, J., Khetan, S., Segall, N., Solis, J., Brosz, A., Fierro, C., Schwartz, H., Neuzil, K., Corey, L., ... Zaks, T. (2020). Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *The New England Journal of Medicine*, NEJMoa2035389. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2035389>
- Dagan, N., Barda, N., Kepten, E., Miron, O., Perchik, S., Katz, M. A., Hernán, M. A., Lipsitch, M., Reis, B., & Balicer, R. D. (2021). BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *The New England Journal of Medicine*, NEJMoa2101765. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101765>
- DIVI Intensivregister*. (o. J.). Abgerufen 26. Januar 2022, von <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/altersstruktur>
- Holtz, J. (2022, Januar 21). *2G-Regelung für Studierende ab nächstem Montag außer Vollzug* [Html]. <https://verwaltungsgerichtshof-baden-wuerttemberg.justiz-bw.de/pb/,Lde/Startseite/Medien/Neuer+Eintrag+Pressemitteilung/?LISTPAGE=1213200>
- Levin, A. T., Hanage, W. P., Owusu-Boaitey, N., Cochran, K. B., Walsh, S. P., & Meyerowitz-Katz, G. (2020). Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: Systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European Journal of Epidemiology*, 35(12), 1123–1138. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00698-1>
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., Perez, J. L., Pérez Marc, G., Moreira, E. D., Zerbini, C., Bailey, R., Swanson, K. A., Roychoudhury, S., Koury, K., Li, P., Kalina, W. V., Cooper, D., Frenck, R. W., Hammitt, L. L., ... Gruber, W. C. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2

mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine*, NEJMoa2034577.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577>

Sadoff, J., Gray, G., Vandebosch, A., Cárdenas, V., Shukarev, G., Grinsztejn, B., Goepfert, P. A., Truyers, C., Fennema, H., Spiessens, B., Offergeld, K., Scheper, G., Taylor, K. L., Robb, M. L., Treanor, J., Barouch, D. H., Stoddard, J., Ryser, M. F., Marovich, M. A., ... Douoguih, M. (2021). Safety and Efficacy of Single-Dose Ad26.COVS.2.S Vaccine against Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, NEJMoa2101544.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101544>

Singanayagam, A., Hakki, S., Dunning, J., Madon, K. J., Crone, M. A., Koycheva, A., Derqui-Fernandez, N., Barnett, J. L., Whitfield, M. G., Varro, R., Charlett, A., Kundu, R., Fenn, J., Cutajar, J., Quinn, V., Conibear, E., Barclay, W., Freemont, P. S., Taylor, G. P., ... Lalvani, A. (2021). Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: A prospective, longitudinal, cohort study. *The Lancet. Infectious Diseases*.

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4)

Voysey, M., Clemens, S. A. C., Madhi, S. A., Weckx, L. Y., Folegatti, P. M., Aley, P. K., Angus, B., Baillie, V. L., Barnabas, S. L., Bhorat, Q. E., Bibi, S., Briner, C., Cicconi, P., Collins, A. M., Colin-Jones, R., Cutland, C. L., Darton, T. C., Dheda, K., Duncan, C. J. A., ... Pollard, A. J. (2021). Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: An interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet (London, England)*,

397(10269), 99–111. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32661-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32661-1)