

Sehr geehrte Abgeordnete zum Nationalrat!

*„Wer A sagt, der muss nicht B sagen. Er kann auch erkennen, dass A falsch war“ (Berthold Brecht)*

Dies ist ein dringender Appell an Sie, unsere **Bedenken und Sorgen** wahrzunehmen! Sie werden bald über die Impfpflicht abstimmen (bzw. eine Stellungnahme abgeben) und damit eine weitreichende Entscheidung über die körperliche Integrität der österreichischen Bevölkerung treffen.

Wir sind eine Gruppe von **Ärztinnen und Ärzten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern**, die ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohle der Menschen in diesem Land ausüben. Wir sind **politisch unabhängig**, haben **keinerlei Interessenskonflikte** und wenden uns mit **großer Sorge** an Sie persönlich. Ob und inwieweit diese Unabhängigkeit und die Freiheit von Interessenskonflikten bei anderen, in den beratenden Gremien tätigen Personen tatsächlich gegeben sind, wäre jedenfalls zu hinterfragen und zu überprüfen.

Wir verfassen dieses Schreiben, obwohl wir zu befürchten haben, von der Ärztekammer und medial massiv unter Druck gesetzt bzw. mit dem Verlust unserer Existenzgrundlage bedroht zu werden. Mit großer Sorge nehmen wir wahr, dass der ärztliche Erfahrungsaustausch und der wissenschaftliche Diskurs als Basis der Medizinwissenschaft und des wissenschaftlichen Fortschritts ausgehebelt werden.

Immer mehr Kollegen aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin stellen fest, dass die **Impfungen** vor allem bei neuen Virusvarianten **wesentlich schlechter wirken**, als dies vermittelt wurde und insbesondere bei der neuesten Variante eine positive Wirkung überhaupt fraglich ist. Die Impfstoffe können leider auch **keine sterile Immunität** erzeugen und daher langfristig nicht den erhofften „Gamechanger“ darstellen.

Zusätzlich werden **auffallend viele Krankheitsbilder und auch Todesfälle**, die in zeitlichem Zusammenhang mit „Corona-Impfungen“ stehen, beobachtet. Leider scheint die Mehrzahl davon nicht in der BASG-Datenbank der Nebenwirkungen auf, weil eine Vielzahl an Impfkomplicationen nicht gemeldet wird.

Auch wir wünschen uns ein baldiges Ende dieser schwierigen und belastenden Situation für die Menschen dieses Landes. Dazu braucht es uE aber auch eine offene und verantwortungsbewusste wissenschaftliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung bezüglich einer **differenzierten Impfstrategie und alternativer Behandlungsmöglichkeiten**.

**Eine Impfpflicht ist aus unserer Sicht potentiell gefährlich und sicher nicht der erhoffte Ausweg aus der Krise!**

## **Unsere Bedenken:**

### **1. Ist eine Impfpflicht für diese Erkrankung überhaupt erforderlich?**

Prinzipiell muss man zunächst die Schwere der Erkrankung und das Risiko in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sowie einzelne Risikofaktoren evaluieren, um überhaupt die Notwendigkeit einer **Impfung für alle** abschätzen zu können. Die Letalität von COVID 19 beträgt nach derzeitigem Wissen insgesamt etwa 0,15% - 0,27%<sup>1</sup>. In der jüngeren Bevölkerungsgruppe bewegen wir uns zwischen

0,0027% (unter 20 Jahre) und 0,08% (40-49 Jahre). Die allermeisten Menschen (ca. 97%), die in der Statistik als „mit oder an COVID 19 verstorben“ geführt werden, hatten mindestens eine oder mehrere Vorerkrankungen bzw. Risikofaktoren<sup>2</sup>. Die Gefährlichkeit wird in der Bevölkerung um ein Vielfaches überschätzt<sup>3</sup>.

Bei 40,5% der positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten verläuft die Infektion asymptomatisch, wie eine Metaanalyse mit fast 30 Millionen Probanden zeigt<sup>4</sup>. Bei unter 20-Jährigen zu 60% asymptomatisch und bei über 60-Jährigen zu 33%. Die überwiegende Zahl der an einer SARS-CoV-2 Infektion erkrankten Kinder ist asymptomatisch oder erkrankt mild und selbstlimitierend. In dieser Hinsicht ist die Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen vergleichbar mit anderen respiratorischen Erregern (wie z.B. Influenza oder RSV), deren saisonale Häufung zu keinem Zeitpunkt zu einschneidenden, per Rechtsverordnung durchgesetzten Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen geführt hat<sup>5</sup>.

**Dementsprechend sollte der Impfstoff extrem sicher sein, vor allem wenn man Bevölkerungsgruppen zur Impfung verpflichten will, die von einem schweren Krankheitsverlauf kaum oder gar nicht betroffen sind.**

## **2. Sind die derzeit verwendeten Impfstoffe überhaupt für eine Impfpflicht geeignet?**

### **2.1. Grundsätzliche Bedenken gegen die derzeitigen Impfstoffe**

Leider wissen wir mittlerweile, dass die verwendeten Impfstoffe weder eine ausreichende, noch eine anhaltende Immunität auslösen können<sup>6</sup>. So war schon der Endpunkt in den Studien der Hersteller lediglich auf die Verhinderung eines symptomatischen Verlaufes mit positivem PCR-Test gerichtet, sohin nur auf den Individualschutz und nicht auf den Fremdschutz.

Es ist evident, dass geimpfte Personen sich anstecken, erkranken und auch an COVID 19 sterben können<sup>7</sup>.

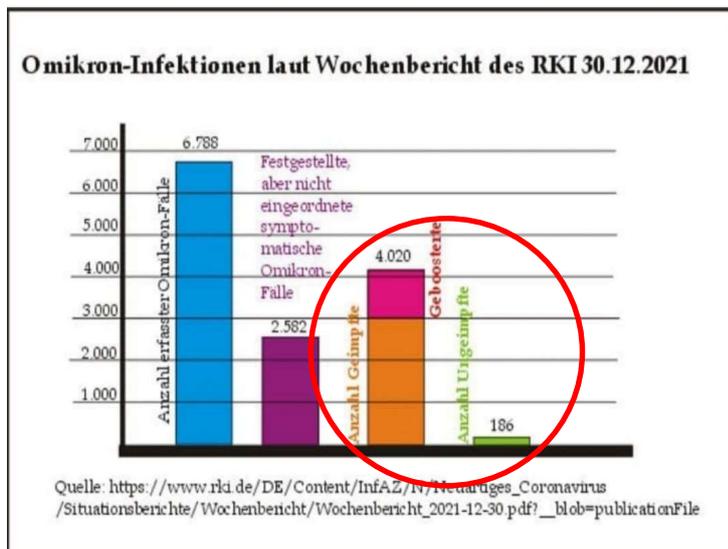
Nachgewiesen ist, dass **geimpfte Personen** nicht nur Virusträger, sondern auch **Überträger** sein können<sup>8</sup>. Und zwar etwa in dem Ausmaß von nicht geimpften Personen<sup>9</sup>.

**Die Durchimpfungsrate korreliert nicht mit der Ausbreitung des Virus<sup>10</sup>.**

Außerdem ist dokumentiert, dass die mögliche Risikoreduktion für einen schweren Krankheitsverlauf nur für kurze Zeit anhält<sup>11</sup>, während für **Genesene** von einer starken und lang anhaltenden Immunität auszugehen ist<sup>12</sup>. **Eine Impfpflicht für die Gruppe der Genesenen ist daher aus medizinischen Gründen in keinsten Weise indiziert. Vielmehr setzt man diese Gruppe durch die Impfung jedenfalls einem gesundheitlichen Risiko aus.**

Davon abgesehen stehen wir derzeit vor einer völlig neuen Situation aufgrund der **neuen Omikronvariante**. Erste Daten zeigen, dass Omikron zwar viel ansteckender zu sein scheint, allerdings wesentlich seltener schwere Verläufe verursacht (mind. 50% weniger Todesfälle) und die derzeitigen Impfstoffe kaum Wirkung haben<sup>13</sup>. **So sieht man in einer dänischen Kohortenstudie, dass der Schutz bereits nach drei Monaten nahezu null ist und auch die Boosterimpfung wenig Effekt zeigt<sup>13</sup>.** Ein

ähnliches Ergebnis ist aus dem Wochenbericht des RKI vom 30.12.21 abzulesen und führt eine Verwendung der derzeitigen Impfstoffe gegen Omikron nahezu ad absurdum.



Die Omikronvariante könnte aus unserer Sicht sogar ein mögliches quasi **von der Natur angebotenes Ausstiegsszenario** aus der Maßnahmen- und Impfpolitik darstellen, da sich das Virus zunehmend in Richtung eines **saisonalen weniger gefährlichen Erkältungsvirus** zu entwickeln scheint<sup>13a</sup>.

Was uns Unterzeichner aber am meisten und massiv beunruhigt, ist die Tatsache, dass diese **Impfstoffe sehr mangelhaft geprüft<sup>14</sup> wurden und jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie potenziell gefährlich sind**. Bereits in den Zulassungsstudien wurde unsauber gearbeitet<sup>15</sup> und die ersten Ergebnisse sowohl im Tierversuch als auch in der Erprobung an Menschen waren alles andere als ermutigend. So war z.B. in der Zulassungsstudie von Pfizer die Gesamtmortalität in der Verumgruppe (die Personen, die eine Impfung erhielten) höher als in der Placebogruppe (die Personen, die eine Placeboimpfung erhielten)<sup>16</sup>. Dies ist eine beunruhigende Tatsache, der aber nicht nachgegangen wurde. Dazu kommt, dass die absolute und relative Risikoreduktion nicht unterschieden wurde, sodass die „Wirksamkeit“ um ein Vielfaches überschätzt wird; die absolute Risikoreduktion liegt je nach Studie in etwa bei 0,74% oder weniger<sup>17</sup>.

Die **gemeldeten Nebenwirkungen sind wesentlich häufiger** als bei allen anderen derzeit verwendeten Impfstoffen und allen anderen ca. 25.000 zugelassenen Arzneimitteln der vorangegangenen Jahre<sup>18</sup>. Die **Erfassung** ist zudem **extrem lückenhaft**, da manche medizinische Institutionen und leider auch Kolleginnen und Kollegen bestimmte Beschwerden von Patienten nicht auf die Impfung zurückführen können oder wollen<sup>19</sup>. Dies zeigt sich auch in der unterschiedlichen Meldequote der internationalen „Nebenwirkungsdatenbanken“. Die Pharmig (Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs) geht davon aus, dass nur 6% der Nebenwirkungen erfasst bzw. gemeldet werden<sup>20</sup>. Obduktionen werden im Todesfall selten bis nie durchgeführt. Die wenigen durchgeführten Obduktionen lassen eine hohe Dunkelziffer vermuten<sup>21</sup>.

## 2.2. Potentielle Gefährlichkeit der Impfung / Verhältnismäßigkeit

COVID 19 ist prinzipiell für jüngere, gesunde Menschen keine schwere Erkrankung, da es sich primär um einen Infekt der oberen Atemwege handelt. Breiten sich die Viren und damit die Spikeproteine hingegen im ganzen Körper aus, kann es zu einer Systemerkrankung mit schwererem Verlauf bis hin zum Tod kommen.

Hierbei sind die im ganzen Körper vorkommenden Spikeproteine das Hauptproblem, das zu schweren Entzündungsreaktionen, Thrombosen, neurologischen Problemen etc. führen kann. Bei der neuen Impfstofftechnologie werden durch Einschleusung des in Nanopartikel verpackten genetischen Codes in körpereigene Zellen diese Spikeproteine von Zellen im ganzen Körper selbst produziert. Das heißt, es wird ein ähnlicher Zustand wie bei einem schweren Verlauf simuliert<sup>22</sup>. Das hat zur Folge, dass eben auch dementsprechend **schwerwiegende Nebenwirkungen (wie z.B. Thrombosen, Schlaganfälle, Herzinfarkte, neurologische Erkrankungen etc.) bis hin zum Tod auftreten können**. Zusätzlich negativ beeinflussen die Spikeproteine den sogenannten DNA-Repair<sup>23</sup>, der in den Zellen permanent notwendig ist, um kleine Schäden auszumerzen. Wenn diese **Reparaturmechanismen gestört** werden, kann es mittel- und langfristig zur **Krebsentstehung** kommen<sup>24</sup>. Dies könnte vor allem bei der hohen Zellteilungsrate bei Kindern und jungen Erwachsenen mittel- und/oder langfristig ein massives Problem darstellen, was in den Zulassungsstudien aufgrund der viel zu kurzen Dauer natürlich in keiner Weise überprüft werden konnte.

Und zu unserer großen Bestürzung sehen wir in **unserer täglichen Praxis** – trotz mangelhafter Erfassung und Dokumentation der Nebenwirkungen – **viele besorgniserregende Entwicklungen**:

- Anstieg von plötzlichen und unerwarteten Todesfällen
- Vermehrt auftretende kardiale Ereignisse (auch mit tödlichem Ausgang) wie Myokarditis und Perikarditis vor allem bei jungen Menschen, Jugendlichen und Kindern<sup>26</sup>
- Häufung von Schlaganfällen und Herzinfarkten (Hier verweisen wir auch auf die Literatur, die einen dramatischen zukünftigen Anstieg um 25% bei geimpften Personen prognostiziert<sup>27</sup>. Es wäre absolut unethisch eine Impfpflicht einzuführen, ohne dem nachgegangen zu sein!)
- Neurologische Erkrankungen wie Fazialisparesen, Lähmungen und Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen<sup>28</sup>
- Plötzlich ausgelöste rheumatische Schübe, Herpes Zoster (Gürtelrose), Verschlechterungen von Autoimmunerkrankungen etc.
- Zyklusunregelmäßigkeiten bei Frauen<sup>29</sup>
- Tumorrezidive
- Seltsame Hautveränderungen<sup>30</sup>
- etc.

Auch gibt es in **Europa sowie in Österreich eine Übersterblichkeit bei unter 45-Jährigen seit Beginn der Impfkampagne**, die nicht auf COVID 19 zurückgeführt werden kann<sup>31</sup>. Dies bedarf einer dringenden Klärung hinsichtlich der Ursachen, bevor an eine Impfpflicht für diese Altersgruppe gedacht werden kann!

Wir befürchten, dass das, was wir derzeit sehen und sich langsam auch aus den Statistiken ablesen lässt, nur die Spitze des Eisberges ist<sup>32</sup>.

### **2.3. Ist eine Impfung überhaupt geeignet, die Ausbreitung des Virus einzudämmen bzw. zu stoppen?**

Für die erfolgreiche Etablierung eines Impfstoffes sind u.E. im Wesentlichen drei Voraussetzungen nötig:

- a) Das Virus sollte möglichst invariant sein. Das heißt je schneller und mehr Varianten sich entwickeln können, desto schwieriger ist es, einen funktionierenden Impfstoff zu entwickeln.
- b) Das Virus sollte, wenn möglich nur beim Menschen vorkommen, damit es nicht im Tierreich Unterschlupf finden kann, um dann wieder auf den Menschen übertragen zu werden.
- c) Der Impfstoff muss eine gute und anhaltende Immunität gewährleisten.

Es ist evident, dass das Virus mutationsfreudig ist, auch bei Tieren vorkommt und der Impfstoff keine ausreichende und lang anhaltende Immunität gewährleisten kann. Somit werden die o.a. **Voraussetzungen jedenfalls nicht erfüllt**. Darüber hinaus besteht die sehr plausible Theorie, dass die Impfung **Fluchtmutationen geradezu fördert**.

Genau aus diesem Grund wurde uns im Zuge unserer universitären Ausbildung gemäß der gängigen Lehrmeinung „eingetrichtert“, niemals in eine Virusepidemie „hineinzupflegen“.

Jedenfalls ist festzustellen, dass trotz hoher Durchimpfungsraten – insbesondere der älteren Bevölkerung (86,56% in der Altersgruppe 65 – 74, 90,21% in der Altersgruppe 75 – 84 und 86,68% in der Altersgruppe 85+) – sich die Gesamtsituation jedenfalls nicht wesentlich verbessert hat.

Leider wissen wir mittlerweile (siehe auch Fußnoten <sup>6-11</sup>), dass die verwendeten **Impfstoffe weder eine ausreichende noch eine anhaltende Immunität** auslösen können. Es ist wie schon erwähnt evident, dass **geimpfte Personen sich anstecken, erkranken und sogar sterben können** und nachgewiesen, dass geimpfte Personen nicht nur Virusträger, sondern **auch Überträger** sein können. Sie sind dies in etwa in dem Ausmaß von nicht geimpften Personen. Außerdem ist klar, dass die mögliche **Risikoreduktion für einen schweren Krankheitsverlauf nur für kurze Zeit anhält**. Davon abgesehen ist sogar das Risiko für eine schwere COVID 19 Erkrankung in den ersten 2 – 3 Wochen nach der Impfung durch einen nachgewiesenen deutlichen Abfall der Lymphozyten (Immunzellen) erhöht. Diese Fälle werden in der Statistik auch als „ungeimpft“ geführt, was natürlich zu einer Verfälschung der Zahlen beiträgt. So wie u.E. überhaupt die statistische Erfassung von Erkrankungen in Bezug auf den Impfstatus unseriös, lückenhaft und wissenschaftlich nicht sauber ist.

Somit sind die Voraussetzungen a) b) c) nicht gegeben!

### 3. Ist eine Impfpflicht vor diesen Hintergründen wirklich verhältnismäßig und das gelindeste Mittel?

Es gibt aus unserer Sicht (auch durch die Studienlage unterstützt) sehr gute Möglichkeiten, in der **Prophylaxe und in der ambulanten Frühbehandlung**, die das Risiko eines schweren Verlaufes und eine damit verbundene **Hospitalisierung deutlich zu senken**<sup>33</sup>. Andere Länder außerhalb Europas (Japan, Ägypten, Indien) setzen gewisse Frühbehandlungsschemata schon sehr erfolgreich ein. Darüber hinaus gibt es bereits knapp 1.200 Studien, die insgesamt ein vielversprechendes Bild zeigen<sup>33</sup> und wir sind überzeugt, dass man die Probleme bei der Versorgung der Patienten auf andere Art und Weise in den Griff bekommen kann. Wesentlich erscheint vor allem, dass **sofort nach positiver Testung mit der Behandlung begonnen** wird. Dies wird in Österreich leider immer noch vernachlässigt und man wartet zu, bis sich der Zustand so verschlechtert, dass eine Spitalweisung notwendig wird.

**Leider ist es uns Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Androhung von disziplinarischen Maßnahmen nicht möglich, vielversprechende ambulante Therapieansätze umzusetzen** und damit unserem eigentlichen Auftrag, nämlich der medizinischen Versorgung von kranken Menschen, nachzukommen. Diese werden vielmehr in ihrer Angst und Isolation ohne medizinische Betreuung alleine gelassen. Eine derartige Betreuung in der frühen Phase der Erkrankung würde jedenfalls das Hospitalisierungsrisiko erheblich reduzieren.

**Bevor nicht alle Möglichkeiten der Frühbehandlung bzw. ambulanten Behandlung ausgeschöpft wurden, kann eine Impfpflicht nicht das gelindeste Mittel sein.**

### 4. Der beweislose Stand der Wissenschaft

Wir verwehren uns gegen Aussagen wie „Die Wissenschaft ist sich einig“ etc., da dies diametral zu der Definition und sinnvollen Praxis der Wissenschaft ist. Es gilt Hypothesen aufzustellen und diese dann in der Realität zu überprüfen. Leider hat in letzter Zeit eine irritierende Unkultur des Expertentums Einzug gehalten, wo Aussagen getätigt werden, die einer Überprüfung nicht standhalten, dennoch aber umso häufiger wiederholt und über die Medien verbreitet werden.

**Berücksichtigen Sie bitte, dass der behauptete Stand der Wissenschaft, der eine Impfpflicht rechtfertigen würde, in keiner Weise in dokumentierter Form vorliegt.** Es hat keine kritische Überprüfung der behaupteten Sinnhaftigkeit einer Impfpflicht stattgefunden.

Darüber hinaus bedenken Sie bitte, dass die verwendeten Impfstoffe derzeit nur **bedingt zugelassen** sind und sich noch in der klinischen Beobachtungsphase befinden. Die bedingten, daher vorläufigen Zulassungen wurden nunmehr zwar für ein Jahr verlängert, eine endgültige Zulassung war mangels Daten und abgeschlossener Studien jedoch noch immer nicht möglich.

### 5. Zusammenfassung

- Die derzeit verwendeten Impfstoffe sind unseres Erachtens nicht geeignet, die Ausbreitung von SARS-CoV2 zu stoppen. Bei COVID 19 handelt es sich um eine Erkrankung, die nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich gefährlich ist, somit muss auch bei einer Impfung **zwingend eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung** stattfinden!

- Die Impfstoffe schützen kaum vor Ansteckung und Weiterverbreitung. Es besteht inzwischen ein zeitlich sehr begrenzter und unvollständiger Schutz vor schwerem Krankheitsverlauf.
- **Mit jeder zusätzlichen Impfung steigt das Risiko für schwere Nebenwirkungen bis hin zum Tod. Die Spätfolgen könnten verheerend sein. Für große Teile der Bevölkerung, vor allem Kinder und Jugendliche, ist daher das Risiko eindeutig höher als der Nutzen!**

**Diese Impfstoffe eignen sich daher aus unserer Sicht auf keinen Fall für die angedachte allgemeine Impfpflicht.** Auch wäre eine solche Pflicht in Anbetracht der Risiken völlig unverhältnismäßig und würde keinesfalls das gelindeste Mittel darstellen.

Viele von uns Ärztinnen und Ärzten, die auf jahrelange Erfahrung zurückgreifen können, haben tagtäglich mit Patienten zu tun und sehen **besorgniserregende Entwicklungen (bis hin zu plötzlichen nicht nachvollziehbaren Todesfällen), die für uns neu sind.** Es besteht der dringende Verdacht, dass diese in Zusammenhang mit der Impfung stehen. **Solange diese Bedenken nicht vollständig ausgeräumt werden können, bleiben sie Bedenken und stehen einer Impfpflicht entgegen!**

**Sie tragen** bei der Abstimmung im Parlament über die Impfpflicht bzw. im Rahmen Ihrer Stellungnahme zum geplanten Gesetz **die Verantwortung.** Wenn Schäden eintreten, haben Sie sich nicht nur vor der Öffentlichkeit, den vormals Gesunden oder deren Familien zu verantworten, sondern Sie haben diese getroffene Entscheidung dann vor allem vor sich selbst zu verantworten. **Sie können sich dann nicht darauf berufen, dass Sie nicht vor den Risiken gewarnt wurden und nichts gewusst hätten!**

Mit der Entscheidung für oder gegen eine Impfpflicht haben Sie es in der Hand, eine **entscheidende Weichenstellung für alle Menschen** in diesem Land vorzunehmen, die nachhaltig deren Gesundheit betrifft und beeinflusst.

**Machen Sie sich klar, wie wichtig diese Entscheidung ist. Sie bestimmen über die Zukunft dieses Landes und vor allem über das Leben unserer Kinder und Jugend.**

Wir stehen für Fragen/Anmerkungen im Zusammenhang mit diesem Schreiben und für eine weitere Erörterung jederzeit zur Verfügung.

Hochachtungsvoll

An dieser Stelle wird festgehalten, dass zahlreiche weitere Ärztinnen und Ärzte dieses Schreiben vollinhaltlich unterstützen, allerdings aus Angst vor beruflichen Restriktionen ihre Unterschrift nicht öffentlich machen wollen. Sie werden ihre Namen einem Notar nennen, damit er dies bestätigen kann.

<sup>1</sup>

- Ioannidis JPA et al. (2021) Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data Bull World Health Organ 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7947934/>
- Ioannidis et al. (2021) Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of covid-19: An overview of systematic evaluations. Eur J Clin Invest 2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33768536/>
- Cathrine Axfors, John P.A. Ioannidis et al. (2021) Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview medRxiv 2021.07.08.21260210; <https://doi.org/10.1101/2021.07.08.21260210>
- Daten errechnet aus AGES Dashboard COVID, Stand 9.11.2021



- (c) Incident SARS-CoV-2 Infection among mRNA-Vaccinated and Unvaccinated Nursing Home Residents N Engl J Med 2021; 385:474-476 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2104849>
- (d) Brown, C.M. et al. (2021) Outbreak of SARS-CoV-2 Infections, Including COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections, Associated with Large Public Gatherings— Barnstable County, Massachusetts, July 2021. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 70:1059-1062
- (e) Kasen K. Riemersma, et al. (2021) Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v6.full>
- (f) Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July– August 2021 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1>

9

- (a) Singanayagam, Anika Badhan, Anjna et al. 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* (2021) [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)
- (b) Acharya C. Et al No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant medRxiv 2021.09.28.21264262 <https://doi.org/10.1101/2021.09.28.21264262>

10

Subramanian et al. Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2.947 counties in the United States; Subramanian, S.V. and Kumar, A.; *Eur J Epidemiol.* 2021 Sep 30 : 1–4. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481107/#\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481107/#_ffn_sectitle)

11

Goldberg et al. Protection and waning of natural and hybrid COVID-19 immunity. *MedRxiv* (2021). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.04.21267114v1>

12

- (a) Kim et al. Duration of SARS-CoV-2 Natural immunity and protection against the delta variant: a retrospective cohort study. *Clin Infectious disease* (2021). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34864907/>
- (b) Sivan Gazit et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections Sivan Gazit, Roei Shlezinger, Galit Perez, Roni Lotan, Asaf Peretz, Amir Ben-Tov, Dani Cohen, Khitam Muhsen, Gabriel Chodick, Tal Patalon <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>
- (c) Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection; *The Lancet (Infectious diseases)* [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00676-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext)
- (d) Antikörper COVID-19-Geimpfter erkennen andere Strukturen des Spike-Proteins als Antikörper SARS-CoV-2-Infizierter <https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2021/26-antikoeper-covid-19-geimpfter-erkennen-andere-strukturen-spike-protein.html>
- (e) 6) Jaclyn C. Law et al. Persistence of T Cell and Antibody Responses to SARS-CoV-2 Up to 9 Months after Symptom Onset, Melanie Girard, Gary Y. C. Chao, Lesley A. Ward, Baweleta Isho, Bhavisha Rathod, Karen Colwill, Zhijie Li, James M. Rini, Feng Yun Yue, Samira Mubareka, Allison J. McGeer, Mario A. Ostrowski, Jennifer L. Gommerman, Anne-Claude Gingras and Tania H. Watts *J Immunol* December 13, 2021, j12100727; <https://doi.org/10.4049/jimmunol.2100727>

13

- (a) Abdoool Karim et al. Omicron SARS-CoV-2 variant: a new chapter in the COVID-19 pandemic. *Lancet* (2021). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02758-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02758-6/fulltext)
- (b) Ana Cecilia et al. Early estimates of SARS-CoV-2 Omicron variant severity based on a matched cohort study, Ontario, Canada <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.24.21268382v1>
- (c) Espenhain et al. Epidemiological characterisation of the first 785 SARS-CvV-2 Omicron variant cases in Denmark, December 2021, *Eurosurveillance*, 26, 2101146 (2021). <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.50.2101146>
- (d) Gunnhild Helmsdal et al. Omicron outbreak at a private gathering in the Faroe Islands, infecting 21 of 33 triple-vaccinated healthcare workers <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.22.21268021v1>
- (e) Christian Holm Hansen et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3>
- (f) [https://www.heise.de/hintergrund/Corona-Pandemie-Was-Omikron-bei-Geimpften-mit-den-Antikoepern-macht-6290653.html?utm\\_source=pocket-newtab-global-de-DE](https://www.heise.de/hintergrund/Corona-Pandemie-Was-Omikron-bei-Geimpften-mit-den-Antikoepern-macht-6290653.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE) → kaum Wirkung der Impfung!

13a

Rustom Antia, Transition to endemicity: Understanding COVID-19 Immunity, Volume 54, Issue 10, 12 October 2021, Pages 2172-2176 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1074761321004040>

14

Clarification: Pfizer and Moderna's "95% effective" vaccines—we need more details and the raw data February 5, 2021; <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/02/05/clarification-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>

15

- (a) Thacker, P.D. (2021) Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial. *BMJ* 2021;375:n2635; <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>
- (b) Does the FDA think these data justify the first full approval of a covid-19 vaccine? *BMJ* <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/08/23/does-the-fda-think-these-data-justify-the-first-full-approval-of-a-covid-19-vaccine/>

16

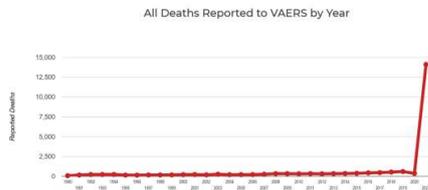
siehe Zulassungsstudie Pfizer und Fußnote <sup>17</sup>

17

Olliaro et al. COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness – the elephant (not) in the room; *The Lancet* VOLUME 2, ISSUE 7, E279-E280, JULY 01, (2021); [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00069-0](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00069-0)

18

- (a) Petition schwedischer Ärzte und Wissenschaftler die Impfungen sofort zu stoppen.  
<http://lakaruppropet.se/wp-content/uploads/2021/11/pressmeddelande-5-nov-2021.pdf>
- (b) Mclachlan, S., Osman, M., Dube, K., Chiketero, P., Choi, Y., & Fenton, N. (2021). Analysis of COVID-19 vaccine death reports from the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) Database Interim: Results and Analysis. <https://www.researchgate.net/>  
(Siehe auch: Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness)



19

- (a) Hazell L, Set al. Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review. *Drug Saf.* 2006 ;29(5):385-96. doi: 10.2165/00002018-200629050-00003. PMID: 16689555. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16689555/>
- (b) Varallo FR et al. (Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014 Aug;48(4):739-47. Spanish. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25338257/>
- (c) Gonzalez-Rubio F. et al. Underreporting of recognized *adverse drug reactions* by primary care physicians: an exploratory study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001; 20(12):1287-94.  
[https://www.researchgate.net/publication/51246824\\_Underreporting\\_of\\_recognized\\_adverse\\_drug\\_reactions\\_by\\_primary\\_care\\_physicians\\_An\\_exploratory\\_study](https://www.researchgate.net/publication/51246824_Underreporting_of_recognized_adverse_drug_reactions_by_primary_care_physicians_An_exploratory_study)

20

Pharmig: <https://www.pharmig.at/mediathek/pressecorner/patientensicherheit-oberste-praemisse-in-der-arzneimittelenwicklung>

21

- (a) Pathologiekonferenz: <https://www.pathologie-konferenz.de/>
- (b) Ärzteblatt 126061: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften>

22

Jiping Liu Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines *Cell Discovery* volume 7, Article number: 99 (2021) <https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3>

23

- (a) SARS-CoV-2 Spike Impairs DNA Damage Repair and Inhibits V(D)J Recombination *In Vitro Viruses* 2021, 13(10), 2056;  
<https://www.mdpi.com/1999-4915/13/10/2056/htm>
- (b) Reverse-transcribed SARS-CoV-2 RNA can integrate into the genome of cultured human cells and can be expressed in patient-derived tissues Liguozhang, Alexsia Richardsa, M. Inmaculada Barrasaa, Stephen H. Hughesb, Richard A. Younga and Rudolf Jaenisch  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33958444/>
- (c) Tomislav Domazet-Lošo mRNA vaccines: Why is the biology of retroposition ignored? <https://osf.io/uwx32/>

24

- (a) Jiahui Chen, Prediction and mitigation of mutation threats to COVID-19 vaccines and antibody therapies *Chem Sci.* 2021 Apr 13;12(20):6929-6948. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34123321/>
- (b) The Incidence of Cancer, Triggered by the Covid 19 "Vaccine" <https://www.globalresearch.ca/the-incidence-of-cancer-triggered-by-the-covid-19-vaccine/5758110>

26

- (a) Patone et al. Risks of myocarditis, pericarditis and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS CoV-2 infection, *Nature Medicine* (2021). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34907393/>
- (b) Truong et al. Clinically suspected myocarditis temporally related to COVID 19 vaccination in adolescents and young adults. *Circulation* (2021). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583>
- (c) Chua et al. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents following comirnaty vaccination. *Clin Infectious Dis* (2021). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849657/>
- (d) <https://americasfrontlinedoctors.org/2/frontlinenews/500-increase-in-sudden-cardiac-and-unexplained-deaths-among-fifa-athletes-in-2021>
- (e) Høeg et al. SARS-CoV-2 mRNA Vaccination-Associated Myocarditis in Children Ages 12 - 17: A Stratified National Database Analysis medRxiv (2021) .08.30.21262866; <https://doi.org/10.1101/2021.08.30.21262866>

27

- (a) Steven R Gundry, Mrna COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: a Warning, (2021) *Circulation* [https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl\\_1.10712](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712)
- (b) Anstieg der Rettungseinsätze bei Schlaganfall und Herzinfarkt in Israel seit Beginn der Impfkampagne  
<https://drive.google.com/file/d/1QT2uUC4i9l2cVpsD1prkScBg0gUqI52x/view>

28

- (a) Mason MC, Liaqat A, Morrow J, Basso R, Gujrati Y. Bilateral Facial Nerve Palsy and COVID-19 Vaccination: Causation or Coincidence? *Cureus*. 2021 Aug 31;13(8):e17602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34522557/>
- (b) [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.13550?fbclid=IwAR3kOE\\_Q5dV-t8FoHxFeP5ttjlvv\\_EwhOtpLVgEPKZT\\_hYwZXqF7OH3jsl0](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.13550?fbclid=IwAR3kOE_Q5dV-t8FoHxFeP5ttjlvv_EwhOtpLVgEPKZT_hYwZXqF7OH3jsl0)
- (c) <http://mr.crossref.org/iPage?doi=10.6061%2Fclinics%2F2021%2F2Fe3286>
- (d) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0303846721004169?via%3Dihub>
- (e) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.13451>
- (f) [www.cureus.com/articles/63667-sars-cov-2-vaccination-induced-transverse-myelitis](http://www.cureus.com/articles/63667-sars-cov-2-vaccination-induced-transverse-myelitis)
- (g) [www.mdpi.com/2076-393X/9/9/1008](http://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/1008)
- (h) [www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/21/5/e535](http://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/21/5/e535)
- (i) [www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071\(21\)00355-7/fulltext](http://www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071(21)00355-7/fulltext)
- (j) <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00415-021-10785-2>
- (k) <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165572821002137>

29

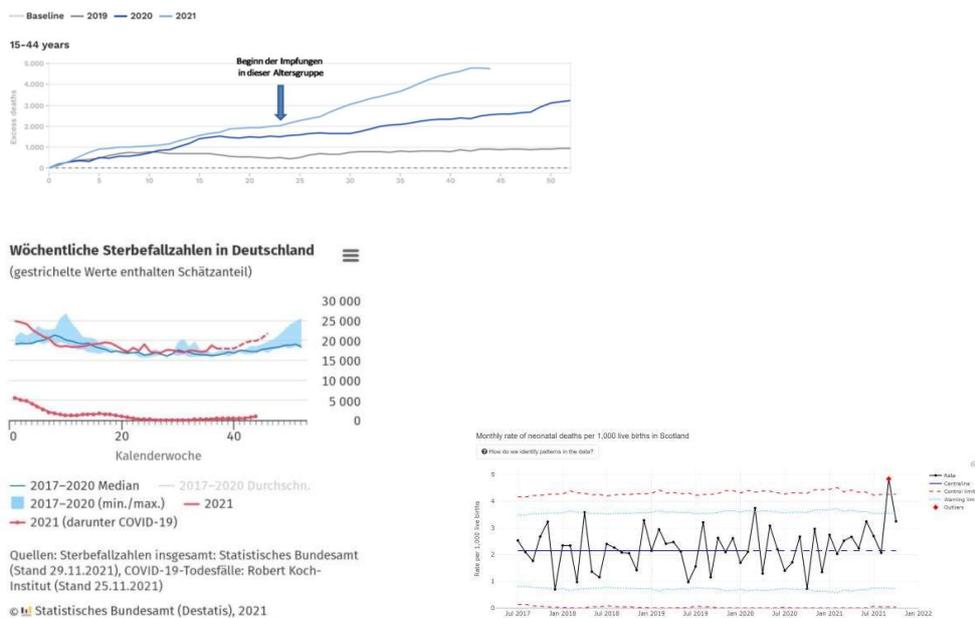
Alvergne A. et al. COVID-19 vaccination and menstrual cycle changes: A United Kingdom (UK) retrospective case-control study medRxiv (2021).11.23.21266709; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.11.23.21266709>

30

Farinazzo, E., Ponis, G., Zelin, E., Errichetti, E., Stinco, G., Pinzani, C., ... Zalaudek, I. (2021). Cutaneous adverse reactions after m-RNA COVID-19 vaccine: early reports from Northeast Italy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(9), e548–e551. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.17343>

31

Euromomo: Auffälliger Anstieg der Sterblichkeit der 15- bis 44-jährigen mit Beginn der Impfungen im Frühling/Sommer <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>



32

- (a) Classen et al. US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint, "All Cause Severe Morbidity"; Classen B., *Trends Int Med*. 2021; 1(1): 1-6. <https://www.scivisionpub.com/pdfs/us-covid19-vaccines-proven-to-cause-more-harm-than-good-based-on-pivotal-clinical-trial-data-analyzed-using-the-proper-scientific--1811.pdf>
- Palmer, M. et al. (2021) [Expert evidence regarding Comirnaty \(Pfizer\) COVID-19 mRNA Vaccine for children](https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2957/rr-1).
- (b) Evidence is insufficient to back mandatory NHS staff vaccination, says House of Lords committee <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2957/rr-1>
- (c) Nouara Yah, Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination? *J Infect*. 2021 Nov;83(5):607-635.doi: 10.1016/j.jinf.2021.08.010. Epub 2021 Aug 9 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384810/>
- (d) Seneff et al. Worse than the disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19; *International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research* (2021) <https://ijvtp.com/index.php/IJVTPR/article/view/23>

33

- (a) Übersicht über bereits erfolgreich in der Praxis eingesetzte Prophylaxe und Therapien mit allen relevanten Literaturangaben: <https://c19early.com/> und <https://earlycovidcare.org/review-the-evidence/>
- (b) Positive impact of oral hydroxychloroquine and povidone-iodine throat spray for COVID-19 prophylaxis: An open-label randomized trial <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864917/>

- (c) Figueroa JM et al. Efficacy of a Nasal Spray Containing Iota-Carrageenan in the Postexposure Prophylaxis of COVID-19 in Hospital Personnel Dedicated to Patients Care with COVID-19 Disease <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629893/>
- (d) Aleksandar Radujkovic et al. Vitamin D Deficiency and Outcome of COVID-19 Patients *Nutrients*. 2020 Sep 10;12(9):2757 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32927735/>
- (e) Gilmar Reis, PhD et al. Effect of early treatment with fluvoxamine on risk of emergency care and hospitalisation among patients with COVID-19: the TOGETHER randomised, platform clinical trial [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00448-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00448-4/fulltext)
- (f) Matthieu Million et al. Chloroquine and COVID-19: A western medical and scientific drift? [https://www.ejinme.com/article/S0953-6205\(20\)30266-1/fulltext](https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(20)30266-1/fulltext)
- (g) Bharat Damle et al. Clinical Pharmacology Perspectives on the Antiviral Activity of Azithromycin and Use in COVID-19 <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpt.1857>
- (h) Norio Ogata et al. Inhibition of the Binding of Variants of SARS-CoV-2 Coronavirus Spike Protein to a Human Receptor by Chlorine Dioxide (2021) *Annals of Pharmacology and Pharmaceutics* <http://www.remedypublications.com/open-access/inhibition-of-the-binding-of-variants-of-sars-cov-2-coronavirus-spike-7364.pdf>