



Der SARS-CoV-2 Impfrausch

Ein Standpunkt von Frau Prof. Dr. rer. nat. Karina Reiss
und Herrn Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi

Es wird geimpft, als gäbe es kein Morgen mehr - für manche Geimpften könnte das sogar zutreffen!

Exklusivabdruck aus Buch: „Corona Unmasked“ Goldegg 2021

Gut Ding will Weile haben. Gilt das auch für die Entwicklung von Impfstoffen? Bislang schien Einigkeit darüber zu herrschen, dass die Antwort auf diese Frage ein kategorisches, imperatives „Ja!“ ist. Völlig zu Recht. Denn Impfungen können Leben retten, während zugleich keine Impfung vollkommen sein und Nebenwirkungen nie absolut ausgeschlossen werden können.

Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, und seine Co-Autorin, die Biochemikerin und Hochschullehrerin Frau Prof. Dr. rer. Nat Karina Reiss, plädieren in diesem vorab publizierten Kapitel aus ihrem neuen Buch „Corona Unmasked“, das am 10. Mai 2021 im GOLDEGG VERLAG erschien, für sorgfältig abgewogene Informationen und die absolute Freiheit der Entscheidung für oder gegen eine Impfung.

Muss gut Ding Weile haben?

Für die Entwicklung von Impfstoffen galt bislang das kategorische, das imperative „Ja!“. Und das absolut zu Recht. Denn Impfungen können Leben retten. Aber keine Impfung kann vollkommen sein. Nebenwirkungen können nie gänzlich ausgeschlossen werden.

Impfstoffe erfüllen zwei wichtige Voraussetzungen:

- 1. Der Impfstoff muss Schutz gegen eine schwere/lebensbedrohliche Krankheit oder gar den Tod bieten;**
- 2. Schwere und Häufigkeit von Nebenwirkungen müssen im erträglichen und verantwortbaren Rahmen sein.**

Insgesamt muss der Nutzen für die eigene Gesundheit und für die Gesellschaft sehr viel höher sein als das Risiko. Das klingt logisch, oder? Und es stimmt auch!

Wer würde sich gegen Husten — Schnupfen — Heiserkeit impfen lassen, wenn er dafür ein unberechenbares Risiko auf schlimme Nebenwirkungen eingehen würde?

Dazu muss nicht jede Impfung für jeden Menschen sinnvoll sein. Wer in Deutschland lebt, braucht keine Impfung gegen *Gelbfieber*, das hier nicht vorkommt.

Nun wissen wir inzwischen, dass **Covid-19 eine klar definierbare Risikogruppe gefährdet: Menschen über 70 Jahre mit Vorerkrankungen, die ein relativ hohes Risiko haben, schwer zu erkranken und zu versterben (1).**

Für diese Menschen könnte eine Impfung Sinn machen.

Die Wirksamkeit und die möglichen Gefahren müssten aber besonders sorgfältig geprüft werden.

Die durchgeführten Studien haben jedoch genau diese Gruppe von älteren Menschen mit ernststen Vorerkrankungen ausgeschlossen.

Ausnahme: Killer-Coronavirus?

Mitte Oktober 2020 sagte RKI-Präsident Lothar Wieler (b.1961, deutscher Veterinärarzt u. FA f. Mikrobiologie) beim Fernsehsender Phoenix: „Wir gehen alle davon aus, dass im nächsten Jahr **Impfstoffe zugelassen werden. Wir wissen nicht genau, wie die wirken, wie gut die wirken, was die bewirken, aber ich bin sehr optimistisch, dass es Impfstoffe gibt.**“

Da hat er mit allem Recht gehabt. Die genbasierten Impfstoffe sind da und werden massenweise verabreicht — dabei wissen wir nicht, ob sie wirken, wie gut sie wirken, was sie bewirken. Selbstverständlich liegen inzwischen viele Daten vor, nur leider sind sie nicht aussagekräftig.

Deshalb gab es auch **keine** klassische Zulassung in der EU, sondern lediglich eine „**bedingte Zulassung**“ – [eine „Sonder-Eilzulassung“ im Rahmen der „Pandemie-Ausrufung“] (2). In den nächsten zwei Jahren soll überprüft werden, ob Nutzen oder Risiko größer sind.

Jeder Mensch, der sich jetzt impfen lässt, ist Teil dieses riesigen Experiments. Allerdings ohne jegliche Haftung seitens der Hersteller des Impfstoffs.

Denn bei Notimpfungen kann von den Herstellern nichts garantiert werden — im Falle eines Falles, bis zum Tode, stehen sie bezüglich der Haftung außen vor.

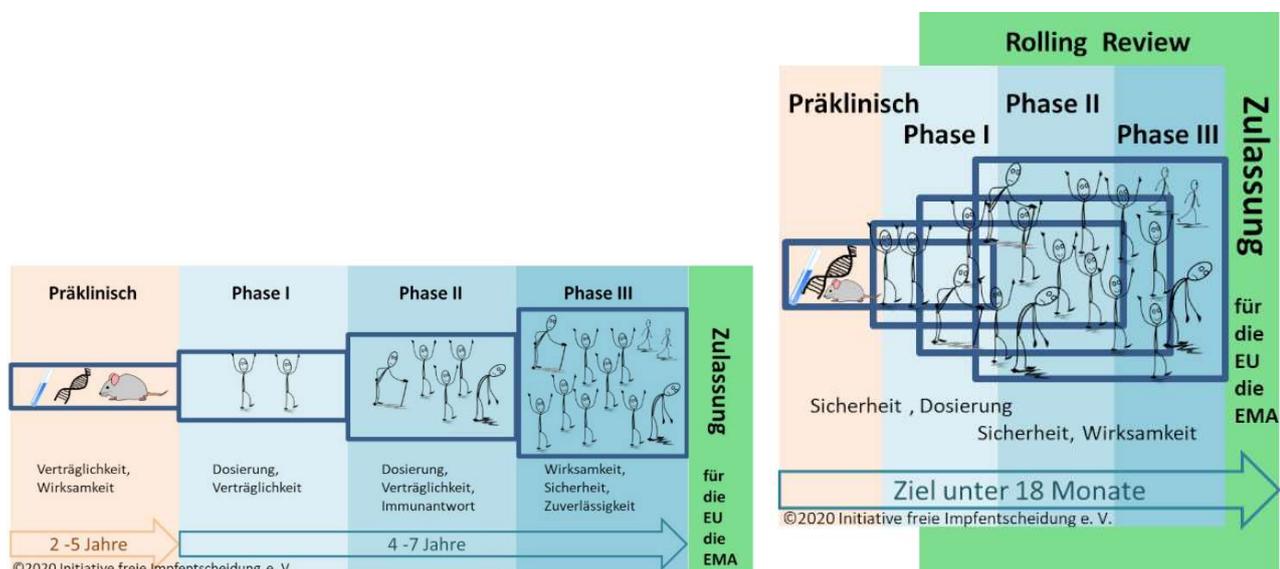
Dabei wäre gerade für **völlig neuartige, genbasierte Impfstoffe** wie die **mRNA-Impfstoffe gegen Corona** die Überprüfung möglicher Risiken im besonderen Maße zu fordern, denn nach gegenwärtigem wissenschaftlichem Stand wären mannigfaltige schwere Nebenwirkungen denkbar (3).

Umso erstaunlicher, dass **aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit dieser neuartigen Impfstoffe**, die von den europäischen Regierungen für die Bevölkerung in riesigen Mengen vorbestellt wurden, **gar nicht existieren**. Das geht auch nicht in der kurzen Zeit.

Im Warp-Speed-Rennen um die höchst lukrative Notzulassung waren drei Pharmaunternehmen an vorderster Front: AstraZeneca (Vektorimpfstoff auf Basis eines Adenovirus), Biontech/Pfizer (mRNA) und Moderna (mRNA).

Am 21. Dezember 2020 hat die EU-Kommission den Impfstoff von Biontech/Pfizer zugelassen, kurz darauf, am 6. Januar, folgte die Genehmigung des Moderna-Impfstoffs und am 29. Januar erhielt AstraZeneca die EU-Zulassung.

Während die sorgfältige Prüfung eines neuen Impfstoffes früher mindestens sieben bis zehn Jahre dauerte, wurde das Ganze jetzt auf Monate verkürzt (sog. teleskopierte Testphasen).



Einige sagen: Es wurde ja besonders viel Geld investiert und mit vielen Menschen daran gearbeitet - deshalb war es möglich. **Funktioniert nicht.** Stellen sie sich vor, sie gehen zu Ihrem Pizzabäcker und sagen: Nimm dir zwei Kollegen dazu, ich zahle euch den doppelten Preis – und dafür hätte ich gerne meine Pizza in zwei Minuten fertig auf dem Tisch. Funktioniert nicht. **Gut Ding will Weile haben.**

Einige behaupten auch, es ginge trotzdem, weil man schon so viel über Corona-Impfungen aus der SARS- und MERS-Forschung gelernt hätte. Dazu sollte man wissen, dass **trotz jahrzehntelanger Forschung alle diese Impfprojekte gescheitert sind.** Das ist das, was man daraus lernen könnte.

Können in dieser Zeit verlässliche Daten auf dem Tisch liegen, sodass die Bevölkerung zwischen Risiko und Nutzen abwägen kann?

Während in Europa alles durchgewunken wurde, sagte die indische Gesundheitsbehörde „Nein“ zum Biontech/Pfizer Impfstoff, da die Sicherheit der Bevölkerung nicht gewährleistet sei (4).

Bieten die aktuellen Impfstoffe Schutz vor einer schwer verlaufenden SARS-CoV-2-Infektion?

Tatsache ist, eine Schutzwirkung gegen eine schwere und womöglich lebensbedrohliche Covid-19-Erkrankung konnte in **Affenmodellen** bei keinem der Impfstoffe gezeigt werden (5, 6, 7).

Alle standen vor einem Riesenproblem: Infizierte Affen erkrankten mit oder ohne Impfung nie schwer (8). Somit konnte nicht geprüft werden, ob die Impfung gegen die ernste Erkrankung schützte.

Was sagen die Versuche, die an Menschen durchgeführt wurden? Mainstream-Medien verbreiten jubelnd die Pressemitteilungen der Firmen, ohne diese überhaupt kritisch zu hinterfragen. So lernen wir, dass laut den Studien die Schutzwirkungen der Impfstoffe einfach toll sind, bei Biontech/Pfizer sogar bei 95 Prozent! (AD)

Aber wie kommen diese Zahlen zustande, wissen wir doch, dass gesunde Menschen sehr selten lebensgefährlich an Covid-19 erkranken? In der Tat sind bei den über 40.000 Versuchspersonen der Biontech/Pfizer-Studie (9) gerade einmal 170 Covid-19-„Fälle“ aufgetreten (circa 0,4 Prozent). Davon acht bei den Geimpften (1x schwer), 162 bei Ungeimpften (9x schwer) - [In der Verum-Gruppe erkrankten also um 154 Probanden weniger, als in der Placebo-Gruppe (16 -8 = 154), 154 von 162 sind wieviel Prozent? = 95 rel.%] - resultiert also daraus die Annahme, es gäbe einen 95-prozentigen Schutz!?

Bei so einer geringen Anzahl von Fällen [170 von ca. 44.000 Probanden] **muss man die Datenlage aus wissenschaftlicher Sicht als nicht belastbar bezeichnen.** Wie wurde überhaupt ein „Covid-19-Fall“ im Rahmen dieser Studie definiert? Bei auftretenden Symptomen, wie Husten, Schnupfen, Heiserkeit und einem positiven RT-PCR-Test wurde die Person als Covid-19-Fall eingestuft. Die Aussagekraft dieses Tests, ist allerdings, wie inzwischen fast jeder weiß, nicht existent. Wie in unserem Buch „Corona unmasked“ ausführlich dargelegt, ist der Test nicht geeignet, das eindeutige Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion nachzuweisen.

Wir haben hier also eine Impfung, die möglicherweise Husten, Schnupfen, Heiserkeit bei 0,7 Prozent [abs.% Angabe (AD)] **der Geimpften - durch was auch immer - verhindert.** Dafür mussten Hunderte von Geimpften in der Biontech/Pfizer Studie schwere Nebenwirkungen hinnehmen, die teilweise zu Krankenhausaufenthalten geführt haben. (Die Zahlen sind in den abrufbaren Studienprotokollen ersichtlich.)

Nicht anders bei den anderen Impfstoffherstellern. Entsprechend moniert Peter Doshi, Spezialist für Medikamentensicherheit und Mitherausgeber des renommierten *British Medical Journal* (BMJ): **„Keine der derzeit laufenden Studien ist darauf ausgelegt, eine Reduzierung schwerer Verläufe im Sinne von Hospitalisierung, Einweisung auf Intensivstationen oder den Tod festzustellen“** (10).

Sind das die erhofften 95 Prozent (rel%) Wirksamkeit? Wie groß ist nun der Nutzen der Impfung, gerade für die Risikogruppe? Das weiß kein Mensch. Deshalb läuft der Menschenversuch weiter und jeder, der sich jetzt begeistert impfen lässt, nimmt daran teil.

Verhindert der Impfstoff die Infektion und damit die Ausbreitung der Viren?

Ein allseits verkündetes Ziel der Impfung ist nicht nur, Covid-19-Erkrankungen zu verhindern, sondern auch die Ausbreitung der Viren. *Schon in den Kindergärten und in den Schulen wird den Kindern vermittelt, sie könnten unwissentlich ihre Großeltern „umbringen“, weil sie die Viren weitertragen, ohne selbst krank zu sein.*

Um das zu verhindern, sollen alle geimpft werden, auch die Kinder.

Es stellen sich also zwei Fragen:

1. Ist eine Durchimpfung der Bevölkerung sinnvoll?
2. Kann eine Impfung überhaupt eine Infektion verhindern?

Beschäftigen wir uns zunächst mit der **ersten Frage, ob es sinnvoll ist, die Ausbreitung von Viren verhindern zu wollen, die für die meisten Menschen wenig gefährlich sind, um eine Risikogruppe vermeintlich zu schützen?**

Von Coronaviren ist seit Jahrzehnten bekannt, dass diese von Menschen durch die Gegend getragen werden, ohne dass sie Symptome haben. Früher wurden diese Menschen „gesund“ genannt und man schenkte ihnen keine Beachtung. Heute sind sie „asymptomatisch“ Infizierte und gelten als hoch gefährlich.

Inzwischen wissen wir jedoch, dass auch für SARS-CoV-2 gilt:

Menschen ohne Symptome können die schwere Erkrankung Covid-19 in der Öffentlichkeit nicht verbreiten. (11, 12, 13)

Die Tatsache, dass wir Symptome entwickeln, ist ein Zeichen dafür, dass die Viren eine Chance gefunden haben, aktiv zu werden und UNSER IMMUNSYSTEM in den Kampf eingestiegen ist. Kommt es nicht zu Husten, Schnupfen, Heiserkeit etc., bedeutet das, dass unser Körper die Viren von Anfang an in Schach hält (sog. stille Feiung).

Es ist nie gezeigt worden, dass die Viruslast, die ein Mensch ohne Symptome in die Außenwelt abgeben kann, ausreicht, um andere Menschen in der Öffentlichkeit zu gefährden.

Deshalb ist das Vorhaben, die gesamte Bevölkerung durch zu impfen, ein Unterfangen, das aus wissenschaftlicher Sicht jeglicher Grundlage entbehrt. Es ist schlicht nicht sinnvoll.

Kommen wir zur **zweiten Frage: Könnten die Impfstoffe überhaupt die Ausbreitung von Sars-CoV-2-Viren verhindern?** Das Robert Koch-Institut (RKI) erklärt aktuell, dass diese Frage bislang völlig ungeklärt ist (14).

Um die Antwort darauf herauszufinden, müsste man prüfen, **1.** ob geimpfte Menschen noch eine Infektion bekommen können und **2.** ob in diesem Fall die vorhandene Virusmenge (Viruslast) ausreicht, um andere zu infizieren.

Allein AstraZeneca machte Schlagzeilen mit der Nachricht, geimpfte Menschen wären deutlich weniger ansteckend. Beim genauen Hinschauen sehen wir jedoch, dass **keinerlei Daten existieren, die diesen Rückschluss ziehen lassen.** In der entsprechenden Studie wurde nur Teil 1 der Frage angeschaut, nämlich: *Wie viele Menschen bekommen nach einer Impfung noch eine Infektion? Wie hat man das überprüft?* Einziges Kriterium waren positive RT-PCR Tests (15). Nun sagt selbst die WHO, dass **der PCR-Test allein nicht reicht, um von einer Infektion zu reden** (16). Was kann man also mit der unbelegten Behauptung, die Verbreitung der Infektion wäre durch den AstraZeneca Impfstoff massiv verringert, anfangen? *Nichts.*

Das Impfkonzepkt sollte überhaupt hinterfragt werden. Die Antikörper (Ak), die durch die Impfung gebildet werden, kreisen zum größten Teil im Blut. Um Ihnen das Geschehen zu verdeutlichen, stellen Sie sich bitte vor, Sie selbst seien solche Antikörper und säßen gemeinsam mit anderen Antikörpern im Wohnzimmer - in einem Blutgefäß der Lunge. Nun kommt das Virus ans Haus und ergreift die Türklinke, um in den Flur - die Lungenzelle - zu treten. Wie wollen Sie das vom Wohnzimmer aus verhindern? Sie würden antworten: Das geht nicht.

Antikörper können grundsätzlich nur effektiv helfen, die Ausbreitung eines Eindringlings in der Blutbahn zu verhindern. Das gilt auch für Impfungen gegen Erreger wie *Pneumokokken*, die wie *Coronaviren* über den Luftweg in die Lunge kommen. *Die Impfung* (Antikörper) kann die Infektion der Lunge nicht verhindern, sondern *soll die Streuung und Verbreitung der Bakterien/Viren in der Blutbahn unterbinden*.

Wenn der Nutzen der Impfungen mehr als fragwürdig ist, wie sieht es dann mit dem Risiko aus? (17a)

Wir lesen in den Mainstream-Medien: **Genbasierte Impfstoffe sind doch nicht neu.**

Das ist richtig, nur sind sie **bislang nie am Menschen zur Abwehr einer Virusinfektion angewandt** worden. Alle Erfahrungen stammen aus **Tierversuchen**.

Entsprechend waren die Impfungen von vornherein von einem dunklen Schatten begleitet. Bei allen drei genbasierten Impfstoffen wurden - vor der Allgemeinheit sorgsam verborgen - **beunruhigende Sofort-Nebenwirkungen** bemerkt: starke Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, hohes Fieber bis hin zum Schüttelfrost, schlimmste Kopf-, Glieder- und Muskelschmerzen im ganzen Körper, Durchfälle, Übelkeit, Erbrechen. Viele Geimpfte wurden krank und arbeitsunfähig.

Die Nebenwirkungen waren so schlimm, dass AstraZeneca mitten in der Studie das Protokoll ändern musste. Fortan erhielten Studienteilnehmer hohe Dosen von schmerz- und fieberlinderndem Paracetamol, damit die Impfung einigermaßen verträglich wurde (17b). *Eine solche Änderung des Studienprotokolls ist mit wissenschaftlichen Standards keinesfalls zulässig. **Weswegen wurde hier eine Ausnahme gemacht?***

Wie wir ausführen werden, weisen und wiesen diese Nebenwirkungen auf die höchst alarmierende Möglichkeit der *Gerinnselbildung (Thrombose, Gefäßverschluss) im Gehirn* hin – *ein immer lebensgefährliches Ereignis*. Die bewusste Unterdrückung der Symptome kommt einem Verbrechen gleich.

Es geht aber weiter. Die AstraZeneca-Studie wurde im Juli und September 2020 unterbrochen, weil jeweils eine extrem seltene *Autoimmunerkrankung des Rückenmarks bei Geimpften* aufgetreten war (18). Die „*transverse Myelitis*“ geht mit Lähmungserscheinungen einher und tritt mit einer Häufigkeit von ca. drei Fällen pro einer Million Einwohner und Jahr auf. Erstaunlich also, dass gleich zwei Fälle in der Gruppe einer überschaubaren Anzahl Geimpfter zu verzeichnen waren.

AstraZeneca beruhigte Tage darauf damit, dass die erste Probandin beginnende Multiple Sklerose hatte. Erstaunlich, dass offensichtlich niemand davon wusste. Der zweite Fall sei reinster unglücklicher Zufall gewesen. **Und damit wurden die Impfungen fortgesetzt**. Aber nicht nur AstraZeneca, sondern alle anderen auch. Der Biontech/Pfizer-Impfstoff führte bei vier Teilnehmern, der von Moderna bei zweien zur akuten Gesichtslähmung, ohne dass die Ursache geklärt worden wäre (19).

Bei den Konkurrenten Moderna und Biontech/Pfizer geschah Vergleichbares. Bei beiden Impfstoffen erlitten Freiwillige ähnlich starke allgemeine Nebenwirkungen.

Noch einmal zur Wiederholung, weil so unglaublich gefährlich: Alle Impfstoffe haben bei unzähligen Geimpften Symptome hervorgerufen, die durch *Bildung von Blutgerinnseln (Thrombosen) im Gehirn* erklärt werden könnten. **In solchen Fällen ist es die Pflicht der Medizin, gezielt nach diesem Ereignis zu suchen und nicht davon wegzuschauen.**

Eine solche Vielfalt an sofortigen Nebeneffekten ist bei keiner anderen Impfung je beobachtet worden. Wenn man in Amerika die Anzahl an gemeldeten Nebenwirkungen verschiedener Impfungen über die zwei letzten Jahre vergleicht, erreicht die Covid-19 Impfung schon jetzt den absoluten Spitzenplatz, obwohl diese erst im Dezember 2020 zugelassen wurde (20).

In Anbetracht der Tatsache, dass ein echter Nutzen - Schutz vor schwerer Erkrankung und Tod - nie für einen der genbasierten mRNA-Impfstoffe gezeigt worden ist, ist es den Autoren unverständlich, dass die Massenimpfung ungebremst weitergeführt wird.

Ist der mRNA-Impfstoff gefährlich?

Überall wird verbreitet, dass der mRNA-Impfstoff nicht gefährlich ist.

Begründet wird das damit, dass

1. nur die Information für ein kleines Teil des Virus, für das sogenannte „Spike Protein“ [Stachel-Eiweiß], in unseren Körper eingeschleust wird und
 2. dabei nichts anderes nachgestellt wird als das, was die Natur auch machen würde.
- Die Viren geben bei Befall unserer Zellen auch ihre Erbsubstanz ab, sodass unsere Zellen zu „Virusfabriken“ werden.

Also dürfte alles im Grunde kein Problem sein? Doch!

Eine Atemwegsinfektion findet in den Atemwegen statt. Kommt es schlimmstenfalls zum Zelluntergang, kann der Schaden durch *Gewebeerneuerung* relativ problemlos behoben werden.

Bei der **Impfung** jedoch, wird die **Virusinformation** [dzt. noch] **in den Muskel gespritzt**. Viele glauben, dass die verpackten Virusgene am Einspritzort - also in der Muskulatur - verbleiben. Die Gene würden von Zellen am Ort aufgenommen, dort würden die meisten „Virusfabriken“ entstehen. Nebenwirkungen wie Schwellung, Rötung und Schmerzen am Einstichort würden deswegen zu erwarten sein, sie blieben aber relativ harmlos und gingen nach wenigen Tagen weg. **Ein fataler Irrtum!**

Die Virusgene der Hersteller Moderna und Biontech/Pfizer sind in **„Lipid- [PEG-] Nanopartikel“** verpackt - das sind *kleinste Pakete*, nicht aus Papier, sondern *aus fettartigen Stoffen*. So wird der Inhalt geschützt und kann einfacher von den Zellen unseres Körpers aufgenommen werden. Durch die „Verpackung“ selbst ist das **Risiko für schwere allergische Reaktionen** um ein Vielfaches höher als bei herkömmlichen Impfstoffen (21a). [PEG = Polyethylenglycol, Macrogol (21b)]

Nicht umsonst wird inzwischen gewarnt, dass Menschen mit Allergien sich nicht impfen lassen sollten - es könnten lebensgefährliche Reaktionen (Anaphylaxie) ausgelöst werden.

In der Tat mussten derartige gefährliche Nebenwirkungen bei einigen Impffreiwilligen notbehandelt werden. Dazu können Nanopartikel zahlreiche weitere schädliche Auswirkungen haben, weil sie die **Funktion unserer Blutzellen** und des **Gerinnungssystems** beeinträchtigen können (22).

Aber es kommt noch unendlich viel schlimmer: Zum Grundwissen in der Medizin gehört, dass alle löslichen Stoffe, die in einen Muskel gespritzt werden, [direkt u. via Lymphsystem/Lymphe] in die Blutbahn gelangen und in kürzester Zeit im ganzen Körper verteilt werden. Gerade deswegen spritzt man Substanzen, die sofort wirken sollen, in die Muskeln.

Es ist bekannt, dass die verspritzten (mRNA-) **Genpäckchen** ebenfalls ins Blut kommen (23). Die genbasierten Vektorimpfstoffe (AstraZeneca) von ähnlicher Größe werden dies selbstverständlich auch.

Welche Zellarten werden sie aufnehmen, wie werden sie diese verarbeiten und wie das Virus-eiweiß herstellen? Die Antwort lautet: **Nichts ist mit Sicherheit bekannt.**

Wir sind jetzt Zeugen von Großversuchen an Menschen. Das ist absolut unverantwortlich, zumal es vom Anfang an Grund zur Vorsicht gegeben hat. **Die möglichen Gefahren durch die [Lipid-PEG-Nanopartikel-] „Verpackung“ waren bekannt.**

Noch bedeutender: Alarmierende **Antikörper-abhängige Verstärkereffekte** [ADE – Antibody Dependent Enhancement] sind bei der Erforschung von SARS und anderen Coronaviren bei Tieren beobachtet worden (24, 25). Bei den jahrzehntelangen vergeblichen Anstrengungen, eine Impfung gegen SARS-CoV1 [Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 1] und MERS-CoV [Middle East respiratory syndrome-related coronavirus] zu entwickeln, gehörten diese **Verstärkereffekte** zu den zahlreichen Problemen (26).

Hätten vor diesem Hintergrund nicht Tierversuche durchgeführt werden müssen, um diese (ADE) für SARS-CoV-2 klar auszuschließen? Tatsache ist, dass wissenschaftliche Publikationen zu diesem Thema (bis jetzt) nicht existieren.

Ärzte, die die Impfwilligen nicht auf die Gefahr aufmerksam machen, dass die Impfung zu schlimmeren Krankheitsverläufen führen könnte, verletzen also ihre Aufklärungspflicht (27).

Und ernster noch: **Könnte das Verimpfen von Virusgenen andere, neuartige immunbedingte Verstärkereffekte auslösen? Hätten nicht vorher ganz elementare Dinge bedacht und geprüft werden müssen?**

Zur Erinnerung (siehe auch Online-Kapitel „Immunität“ https://coronafehlalarm.de/wp-content/uploads/2021/02/corona-fehlalarm_anhang-immunitaet_2020-09-29.pdf):

Lymphozyten haben ein *Langzeitgedächtnis* [**SARS-CoV-2-spezifische T-Gedächtniszellen**] - sie merken sich, wie „Corona-Müll“ aussieht. Und „Corona-Müll“ sieht ziemlich ähnlich aus, egal, von welchem Familienmitglied er stammt. *Alle Menschen haben „Trainingsrunden mit Coronaviren“ absolviert und haben Lymphozyten, die SARS-CoV-2-Müll erkennen.* Manche könnten entgegennen, dass diese *kreuzreaktiven Killer-Lymphozyten* [**SARS-CoV-2-spezifische T-Gedächtniszellen, Effektor-T-Zellen**] nur bei 40 bis 70 Prozent der alten Blutproben nachgewiesen wurden und sie reagierten nur schwach gegen SARS-CoV-2 (28, 29). Jedoch ist bekannt, dass sich *immer nur ein kleiner Anteil aller Lymphozyten im Blut* befindet. Die anderen machen gerade Pause und ruhen sich *in den Lymphorganen* (unter anderem in den Lymphknoten) aus.

Spannend: Im April 2020 berichteten schwedische Forscher, dass sie etwas Bemerkenswertes entdeckt hätten. **Unabhängig von der Schwere der SARS-CoV-2 Erkrankung fanden sich bei allen Menschen (100 Prozent) kampfbereite, aufgewühlte T-Lymphozyten [SARS-CoV-2-spezifische Effektor-T-Zellen] im Blut** (30).

Dieser Befund ist ein Wink mit dem Zaunpfahl. Denn bei einer ersten Auseinandersetzung des Immunsystems mit einem Virus ist die „Lymphozytenantwort“ schleppend. *Schnelle, starke Reaktionen verraten, dass vorgewarnte Truppen bereits Gewehr bei Fuß stehen und jederzeit mobilisierbar sind.* Sie schwärmen dann aus den Lymphorganen aus, um den Feind zu bekämpfen. Ihre Hauptaufgabe: Auslöschung der „Virusfabriken“. Tod den eigenen Zellen, die die Viren produzieren.

Und nun zurück zur neuen Realität, dem Großversuch an Menschen. Die verspritzten Genpäckchen [genbasierte mRNA-Impfstoffe] werden lokal in Muskelzellen aufgenommen, ein Großteil gelangt jedoch in die örtlichen Lymphknoten und in die Blutbahn. In den Lymphknoten sitzt die gesammelte Immunmannschaft. Wenn das Virusgen von einer beliebigen Zelle aufgenommen wird, kommt die Produktion dort in Gang. Diese Zelle wird dann das Viruseiweiß auf ihrer Oberfläche zur Schau stellen. Der auf Corona spezialisierte Killer-Lymphozyt [SARS-CoV-2-spezifische Effektor-T-Zellen] nebenan springt hoch - er hat eine Virusfabrik entdeckt und wird diese vernichten. Der Bruderkampf beginnt, Immunzelle gegen Immunzelle! *Lymphknotenschwellung* könnte ein Zeichen für diese Reaktion sein. Dazu *Schmerzen*. Die Lymphozyten putschen sich gegenseitig auf und strömen dann aus den Lymphknoten hinaus, um weitere Feinde aufzuspüren. Sie finden diese *in den Muskelzellen*, die den „Corona-Müll“ vor die Tür stellen, und gehen in den Angriffsmodus über. An der *Einstichstelle* entstehen Rötung, Schwellung, Schmerzen.

Aber nun beginnt der Albtraum. Denn kleinste Stoffe wie *Zucker* können aus dem Blut ins Gewebe hinaussickern, große Moleküle wie Eiweiße hingegen nicht. Für sie sind die Gefäßwände dank der Auskleidung mit einer Zellschicht - den Endothelzellen - dicht.

Wie sind nun die [mRNA-] Genpäckchen beschaffen - groß oder klein? Richtig: relativ sehr groß.

Wenn sie also einmal ins Blut gelangen, werden sie wie die Blutkörperchen in dem geschlossenen Netzwerk von Gefäßröhrchen gefangen sein. Aufgenommen werden sie zu einem kleinen Teil von weißen Blutzellen. Vermutlich jedoch werden **die meisten „Virusfabriken“ in den Endothelzellen** errichtet werden. Das würde vor allem dort geschehen, wo das Blut langsam fließt - in den kleinen und kleinsten Gefäßen [Kapillaren (Haargefäße)] -, weil die Genpäckchen dort besonders effizient von den [Endothel-] Zellen [der innersten Wandschicht von Lymph- und Blutgefäßen] aufgenommen werden können (31).

Sofort kommt die „Spike-Protein-Produktion“ in Gang und bereits nach wenigen Stunden erscheinen die Virusproteine – wie kleine gepflanzte Bäumchen – auf der zum Blut hingerichteten Seite der Zelle. Hinzu gesellt sich der „Abfall“, der bei der Eiweißproduktion (in den Ribosomen) angefallen ist und von den Zellen ebenfalls „vor die Tür“ gestellt wird.

Jetzt überschlagen sich die Ereignisse. Vorbeischwimmende **Blutplättchen** (Thrombozyten) könnten durch Kontakt mit den aufgepflanzten Virus-Stacheln („Spike-Proteine“) wortwörtlich „aufgestachelt“ – also aktiviert – werden. Dies würde dazu führen, dass die **Gerinnungsbereitschaft des Blutes erhöht wird**. Gleichzeitig kommen Killer-Lymphozyten [**SARS-CoV-2-spezifische Effektor-T-Zellen**] an, erkennen den „Müll“ und gehen zum Angriff auf die Zellen über mit dem Ziel, sie zu zerstören.

Was dann passiert, lässt sich unschwer errahnen. Der *Untergang von Endothelzellen* und die damit verbundene *Verletzung der Gefäßauskleidung* führt in aller Regel zum *Anwerfen der Blutgerinnung* und der *Ausbildung von Gerinnseln* [Thrombosen, Embolien]. Weil das Gerinnungssystem zusätzlich durch die *Spike-bedingte Plättchenaktivierung* zur Höchstform aufgeputscht wird, läuft der Gerinnungsvorgang mit Top-geschwindigkeit ab. Dies würde in unzähligen Gefäßen an unzähligen Orten im Körper passieren. *Geschieht es in Organen wie Gehirn, Rückenmark, Herz oder Lunge oder auch in den tiefen Beinvenen, oder in der Plazenta, sind schlimmste Folgen leicht aus zu denken.*

Womit könnte die sehr große Bandbreite der Nebenwirkungen erklärt werden? Wir stellen eine einfache These zur Diskussion. Ein wichtiger Faktor könnte die „Tüchtigkeit“ des Immunsystems gegenüber Coronaviren sein. Je tüchtiger, desto stärker der Angriff auf die produzierenden Zellen, desto größer die Selbstschädigung. Paradoxerweise könnte es also sein, dass Menschen mit einem besonders gut trainierten Immunsystem schwerer erkranken [eigentlich: mehr Symptome als „Selbstheilungsreaktion“ entwickeln].

In diesem Zusammenhang ein Zwischengedanke: *Durch die Impfung wird das Immunsystem auf Corona „trainiert“*. Damit sind überschießende Reaktionen auf zukünftige echte Infektionen und Impfungen denkbar – kommen Wellen von immunbedingten schweren Erkrankungen mit allen möglichen verwandten Viren auf uns zu? Und müsste man nicht erwarten, dass mit jeder weiteren Impfung die Zahl der schwersten Zwischenfälle steigen wird?

Gibt es Hinweise dafür, dass so etwas vonstattengeht? Ja, von seltenen Bluterkrankungen ist die Rede, bei denen ein möglicher Zusammenhang zur Impfung geprüft werden müsste (32). Auffällig sind Berichte von Patienten, bei denen ein starker Abfall der Blutplättchen (Thrombozyten, Thrombopenie) beobachtet wurde. Das würde zur hier aufgestellten Hypothese passen, denn Plättchen werden an den Orten der Gerinnelbildung aktiviert und verbraucht.

Es wäre leicht überprüfbar, ob die Annahme richtig ist. Laborbefunde [wie D-Dimer] geben sofort Auskunft darüber, ob die Blutgerinnung in Gang gekommen ist. Obduktionen könnten klären, ob sich Gerinnsel in den kleinen Gefäßen gebildet haben. Und in der Zwischenzeit könnte erwogen werden, ob **Gerinnungshemmer** bei Patienten vorbeugend verabreicht werden sollten. Auch die Gabe von **Cortison-Präparaten** zur Dämpfung der Lymphozytenaktivität könnte überlegenswert sein.

Tatsache ist, dass es weltweit laufend Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung gibt. Offiziell heißt es, selbstverständlich hat die Impfung nichts mit den Todesfällen zu tun.

Es sind ja fast alles ältere Menschen mit zahlreichen Vorerkrankungen, die ohnehin bald verstorben wären. Wenn das tatsächlich so sein sollte, erschließt sich wohl keinem denkenden und mitfühlenden Menschen, warum diese dann noch geimpft werden mussten - mit einem kaum charakterisierten Impfstoff.

Was könnte bei einem gebrechlichen Menschen Stunden und Tage nach der Impfung zum Tode führen? Mehrere Möglichkeiten sind denkbar:

1. Stress durch die Impfung selbst. Allergische Reaktionen.
2. Autoimmunangriff. Lymphozyten sind auch im Alter einsatzfähig. Bei älteren vorerkrankten Menschen könnte der Angriff auf die Virusfabriken der letzte Tropfen sein, der das Fass zum Überlaufen bringt.
3. Etwas komplizierter wird es, wenn eine echte Infektion zusätzlich ins Spiel kommt.

In mehreren Pflegeheimen gab es anscheinend „Covid-19-Ausbrüche“ gerade „in den Tagen nach der Impfung der Bewohner“. Man kann es als auffällig bezeichnen, dass es bis zu diesem Zeitpunkt in der gesamten Umgebung kaum Fälle gegeben hatte, und alle Hygienemaßnahmen eingehalten worden waren. Selbst nach der zweiten Impfung gab es Ausbrüche (33, 34), ein deutlicher und zu erwartender Hinweis darauf, dass die Impfung nicht vor Infektionen schützt.

Dazu scheint es, als ob gerade die Geimpften versterben. Ist das vielleicht die immunbedingte Verschlimmerung von Erkrankungen, die wir befürchten müssen? Jetzt nicht Antikörper-bedingt, sondern durch aufgebrauchte [SARS-CoV-2-spezifische Effektor-T-Zellen] Killer-Lymphozyten? Und könnte das nicht zu jeder Zeit bei jedem Geimpften passieren - morgen, übermorgen, nächste Woche, im nächsten Herbst?

Denn Lymphozyten haben ein Elefantengedächtnis. Und sie erkennen etwas, das bei allen Coronaviren ähnlich aussieht: „Müll“. Das heißt, die **Lymphozyten-bedingte Verschlimmerung von Krankheitsverläufen** könnte wohl bei jeder beliebigen Infektion mit einem verwandten Virus eintreten. Bei jedem „erfolgreich“ geimpften Menschen - ob jung oder alt - und zu jeder Zeit in naher oder ferner Zukunft.

Schlusswort

Die genbasierten Impfstoffe erhielten in Windeseile die Notzulassung zur Bekämpfung eines Virus, das laut WHO weltweit eine **Infektionssterblichkeit (IFR) von 0,23 Prozent** hat. Dabei gibt es klare Hinweise dafür, dass Menschen durch die Impfung schwer erkranken und versterben können. **Ein Nutzen der Impfung wurde nie gezeigt.**

Was ist zu tun? Folgender Kompromiss erscheint uns vernünftig.

Wer gut aufgeklärt ist und sich impfen lassen möchte, möge das tun. Jedoch darf die Impfung nie direkt oder indirekt einem Menschen aufgezwungen werden. Die Entscheidung gegen die Impfung darf nie zu einer Benachteiligung in irgendeiner Form führen.

In der Zwischenzeit sollten verlässliche Daten gesammelt werden und Todesfälle im Zusammenhang mit der Impfung gründlich untersucht werden.

Wofür das Ganze? In Deutschland sind in der ersten „Welle“ vom 1. Jänner bis Juni 2020 **52 Menschen unter 60 Jahren ohne bekannte Vorerkrankung** mit oder an COVID-19 verstorben (36). Nun sollen alle gesunden U-60-Jährigen (ca. 60 Millionen Deutsche) geimpft werden, um sie vor einem ähnlichen Schicksal zu schützen. **Gibt das nicht ernsthaft zu denken?**



Quellen und Anmerkungen:

Dieser „Text“ ist ein Auszug aus dem Buch „Corona Unmasked - Neue Zahlen, Daten und Hintergründe“ S.131-148, Goldegg Verlag 2021, von Dr. Karina Reiss und Dr. Sucharit Bhakdi.

1. Nadine Eckert, Martina Lenzen-Schulte: „Vorerkrankungen: Risikogruppen sind jetzt bekannt“ Dtsch Arztebl 2020; 117(43): A-2047 / B-1738. www.aerzteblatt.de/archiv/216361/Vorerkrankungen-Risikogruppen-sind-jetzt-bekannt.
2. www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf
3. Rossella Talotta: „Do COVID-19 RNA-based vaccines put at risk of immune-mediated diseases? In reply to “potential antigenic cross-reactivity between SARS-CoV-2 and human tissue with a possible link to an increase in autoimmune diseases” Clin Immunol. 2021 Mar; 224: 108665. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521661621000024?via%3Dihub
4. DW (05.02.2021): „Indien: Pfizer zieht COVID-Impfstoffantrag für den Notfall zurück“ <https://www.dw.com/en/india-pfizer-withdraws-covid-vaccine-application-for-emergency-use/a-56462616>
5. Annette B. Vogel, Isis Kanevsky, Ye Che et al. (bioRxiv 11.12.2020): „BNT162b vaccines are immunogenic and protect non-human primates against SARS-CoV-2“ www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.11.421008v1
6. izmekia S. Corbett, Barbara Flynn, Kathryn E. Foulds et al.: „Evaluation of the mRNA-1273 Vaccine against SARS-CoV-2 in Nonhuman Primates“ N Engl J Med Oct.15th 2020; 383:1544-1555 www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2024671
7. www.nature.com/articles/s41586-020-2608-yds
8. Barry Rockx, Thijs Kuiken, Sander Herfst et al.: „Comparative pathogenesis of COVID-19, MERS, and SARS in a nonhuman primate model“ Science 29 May 2020 <https://science.sciencemag.org/content/368/6494/1012.long>
9. Fernando P. Polack, Stephen J. Thomas, Nicholas Kitchin et al.: „Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine“ N Engl J Med Dec. 31st 2020; 383:2603-2615 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034577?query=featured_home
10. Peter Doshi: „Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us“ BMJ Oct. 21st 2020; 371 www.bmj.com/content/371/bmj.m4037
11. Weiwei Zhang, Weibin Cheng, Lei Luo et al.: „Secondary Transmission of Coronavirus Disease from Presymptomatic Persons, China“ Emerg Infect Dis 2020 Aug;26(8):1924-1926. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453686/>
12. Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann et al.: „Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China“ Nat Commun Nov. 20th 2020; 11 (1): 5917 www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w
13. Mark K. Slifka, Lina Gao: „Is presymptomatic spread a major contributor to COVID-19 transmission?“ Nat Med 2020 Oct;26(10):1531-1533 www.nature.com/articles/s41591-020-1046-6
14. Robert Koch Institut Berlin: „COVID-19 in Deutschland“ www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html
15. Merryn Voysey, Sue Ann Costa Clemens, Shabir A Madhi et al.: „Single Dose Administration, And The Influence Of The Timing Of The Booster Dose On Immunogenicity and Efficacy Of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) Vaccine“ Lancet 2021 Mar 6;397(10277):881-891 https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3777268
16. WHO Information Notice for IVD (In Vitro Diagnostic Medical Device) Users 2020/05: „Nucleic acid testing (NAT) technologies that use polymerase chain reaction (PCR) for detection of SARS-CoV-2“ 20 January 2021 www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05
17. a. „Ärzte und Apotheker protestieren gegen Impf-Politik - Vernachlässigte Nutzen-Risiko-Abwägung“ Reitschuser 01.02.2021 „In einem dramatischen Appell fordern mehr als 200 Ärzte, Apotheker und Wissenschaftler, die in ihren Augen „bisher vernachlässigte Nutzen-Risiko-Abwägung der Impfung wieder ins Kalkül zu ziehen.“ Hintergrund ihrer Kritik an der Impfkampagne: „Die nun durch die EMA bzw. EU-Kommission auch für Deutschland bedingt zugelassenen und eingeschränkt verfügbaren Impfstoffe werden regierungsseitig und medial als ‘Heilsbringer’ dargestellt, wobei aus unserer Sicht die Nutzen-Risiko-Abwägung dieser Impfstoffe höchst fraglich ist.“ <https://reitschuster.de/post/aerzte-und-apotheker-protestieren-gegen-impf-politik/>
b. Pedro M. Folegatti, Katie J. Ewer, Parvinder K. Aley et al.: „Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial“ Lancet. 2020 15-21 August; 396(10249): 467–478. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445431/
18. Wolfgang Geissel: „Geimpfte erkrankt - AstraZeneca stoppt Corona-Impfstudien“ 09.09.2020 www.aerztezeitung.de/Nachrichten/AstraZeneca-stoppt-Corona-Impfstudien-412708.html
19. „AUFKLÄRUNGSMERKBLATT Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoffen – (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna von Moderna)“ 12. Mai 2021 www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Downloads-COVID-19/Aufklaerungsbogen-de.pdf?__blob=publicationFile
20. Centers for Disease Control and Prevention - CDC WONDER DATABASE: <http://wonder.cdc.gov/>
21. a. Mariana C. Castells, Elizabeth J. Phillips: „Maintaining Safety with SARS-CoV-2 Vaccines“ N Engl J Med Feb 18th 2021; 384:643-649 www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra2035343
b. Heiko Schiffter-Weinle: „PEG - das Multitalent - Polyethylenglykol in der Rezeptur“ DAZ 2015, Nr. 26, S. 38, 25.06.2015 www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2015/daz-26-2015/peg-das-multitalent

22. Kara M. de la Harpe, Pierre P.D. Kondiah, Yahya E. Choonara, Thashree Marimuthu, Lisa C. du Toit, Viness Pillay: „The Hemocompatibility of Nanoparticles: A Review of Cell–Nanoparticle Interactions and Hemostasis“ Cells. 2019 Oct; 8(10): 1209 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6829615/
23. Kimberly J. Hassett, Kerry E. Benenato et al.: „Optimization of Lipid Nanoparticles for Intramuscular Administration of mRNA Vaccines“ Mol Ther Nucleic Acids. 2019 Apr 15; 15: 1–11. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6383180/
24. Martial Jaume, Ming S. Yip et al.: „Anti-Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Spike Antibodies Trigger Infection of Human Immune Cells via a pH- and Cysteine Protease-Independent FcγR Pathway“ J Virol 2011 Oct; 85 (20): 10582 & ndash; 97 <https://jvi.asm.org/content/85/20/10582>
25. Tsutomu HOHDATSU, Mika YAMADA: „Antibody-Dependent Enhancement of Feline Infectious Peritonitis Virus Infection in Feline Alveolar Macrophages and Human Monocyte Cell Line U937 by Serum of Cats Experimentally or Naturally Infected with Feline Coronavirus“ J Vet Med Sci 1998 Jan; 60 (1): 49 & ndash; 55. www.jstage.jst.go.jp/article/jvms/60/1/60_1_49/article
26. Yen-Der Li, Wei-Yu Chi et al.: „Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19“ J Biomed Sci 2020, 20. Dezember; 27 (1): 104. <https://jbiomedsci.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12929-020-00695-2>
27. Timothy Cardozo, Ronald Veazey: „Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease“ (Offenlegung der Einverständniserklärung gegenüber Impfstoffversuchspersonen mit dem Risiko, dass COVID-19-Impfstoffe die klinische Erkrankung verschlimmern) Int J Clin Pract 2021 Mar; 75 (3): e13795. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13795>
28. Annika Nelde, Tatjana Bilich, Jonas S Heitmann et al.: „SARS-CoV-2 T-cell epitopes define heterologous and COVID-19-induced T-cell recognition“ Nat Immunol 2021 Jan;22(1):74-85. www.researchsquare.com/article/rs-35331/v1
29. Alba Grifoni, Daniela Weiskopf et al.: „Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals“ Cell 2020 Jun 25;181(7):1489-1501.e15. [www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)30610-3](http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)30610-3)
30. Takuya Sekine, André Perez-Potti, Olga Rivera-Ballesteros et al.: „Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19“ bioRxiv June 29, 2020. www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.06.29.174888v1; www.merkur.de/welt/corona-schweden-immunitaet-infektion-studie-pandemie-stockholm-forscher-t-gedaechtniszellen-zr-90038510.html
31. Yih Yang Chen, Abdullah Muhammad Syed, Presley MacMillan et al.: „Flow Rate Affects Nanoparticle Uptake into Endothelial Cells“ (Die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes beeinflusst die Aufnahme von Nanopartikeln in Endothelzellen) 08.05.2020 Wiley Online Library <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/adma.201906274>
32. a. Denise Grady: „A Few Covid Vaccine Recipients Developed a Rare Blood Disorder - A link to the vaccines is not certain, and investigations are underway in some reported cases“ The New York Times Feb. 8, 2021 www.nytimes.com/2021/02/08/health/immune-thrombocytopenia-covid-vaccine-blood.html
b. UNSER MITTELEUROPA (21.04.2021): „Covid-Impfung: gestörte Menstruationszyklen und Fruchtbarkeitsprobleme“ <https://unser-mittleeuropa.com/covid-impfung-gestoerte-menstruationszyklen-und-fruchtbarkeitsprobleme/>
Medalerts.org: COVID19 (COVID19 PFIZER-BIONTECH) VAERS ID 1032163 (14.05.2021) <https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?IDNUMBER=1032163>
33. a. BR24 (07.02.2021): „Geimpfte Altenheim-Bewohner positiv auf Corona-Variante getestet“ www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/geimpfte-altenheim-bewohner-positiv-auf-corona-variante-getestet.SOLqrXv
b. Gregor Amelung: „Die beunruhigenden Zahlen zu Impfschäden und das Schweigen der Medien - Wahrnehmungsprobleme bei Journalisten“ Reitschuster 25.03.2021 <https://reitschuster.de/post/die-beunruhigenden-zahlen-zu-impfschaeden-und-das-schweigen-der-medien/>
c. Tim Sumpf: „Auffällige Häufung der Corona-Todesfälle nach Impfung: Big Data-Spezialist Martin Adam analysiert RKI-Zahlen“ The Epoch Times 21.03.2021. „Seit Beginn der Impfungen zu Weihnachten 2020 häufen sich die Todesfälle in Deutschland. Zu diesem Ergebnis kommt Martin Adam, Programmierer und Big-Data-Spezialist, anhand einer eigenen Auswertung der vom RKI zur Verfügung gestellten COVID-19-Zahlen.“ www.epochtimes.de/politik/deutschland/auffaellige-haeufung-der-corona-todesfaelle-nach-impfung-big-data-spezialist-martin-adam-analysiert-rki-zahlen-a3472195.html
Open Letter from The UK Medical Freedom Alliance (05.02.2021) – „Cc: Boris Johnson – Prime Minister - Re: Urgent warning re Covid-19 vaccine-related deaths in the elderly and Care Homes“ https://uploads-ssl.webflow.com/5fa5866942937a4d73918723/601ffc3e56a64132caa3f42f_Open_Letter_from_the_UKMFA_Vaccine_Deaths_Care%20Homes.pdf
34. WELT (08.02.2021): „Trotz zweiter Impfung – Ausbruch von Corona-Variante in Altenheim“ www.welt.de/vermishtes/article225923129/Land-kreis-Osnabrueck-Trotz-zweiter-Impfung-Ausbruch-von-Corona-Variante-in-Altenheim.html
35. John P. A. Ioannidis: „Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data“ Bulletin of the World Health Organization 2021 Jan 1; 99 (1): 19 & ndash; 33F. www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf
36. RKI - Journal of Health Monitoring S11/2020: „Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz“ www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_S11.html



erhalten von: www.tier-mensch.at

[Meine Ergänzungen]

(AD) Eine „absichtlich“ irreführende Prozent-Angabe - „Der Trick der Pharmaindustrie mit unserer Zahlenblindheit: da die größere Zahl der „relativen Prozent“ (95 rel.%) nicht als echte, kleineren Zahlenwert, in „absoluten Prozent“ (**0,71 abs.%!)** dargestellt wird! Siehe: www.draloisdengg.at/bilder/pdf/PHARMA-Trick-WIRKSAMKEIT-RelativeProzentAngabe-mRNA-CORONA-Impfung-12012021.pdf

Gerd Gigerenzer (b.1947, dtsh. Kognitionspsychologe):

(1) Das Einmaleins der Skepsis - Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken“ ("Calculated Risks: How to Know When Numbers Deceive You" New York:Simon & Schuster 2002; "Reckoning with risk: Learning to live with uncertainty" London: Penguin 2002) BVT 7.Auflage 2011, 2004 (2002)

(2) „Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition“ ("Gut feelings: The intelligence of the unconscious" New York: Viking u. London: Allen Lane/Penguin 2007) GOLDMANN 2008 (2007)

(3) „Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft“ ("Risk Savvy – How to Make Good Decisions" New York: Penguin 2013) btb Verlag 4.Auflage 2014. www.harding-center.mpg.de/de

Bilder der „Autoren“ aus: <https://www.goldegg-verlag.com/titel/corona-unmasked/>

Bild „Impfrausch“ aus: <https://shows.acast.com/kenfm-standpunkte/episodes/der-impfrausch-von-sucharit-bhakdi-und-karina-reiss>

Bilder prä-, klinische u. teleskopierte Impf-Testphasen aus: <https://initiative-freie-impfentscheidung.de/covid-19-impfstoffentwicklung-teleskopierung-in-der-entwicklung-und-rolling-reviews-in-der-zulassung/>

ad (27.) **Jusline.at: AMG § 50a (3) Werbung für Arzneimittel muss die Eigenschaften der Arzneyspezialität objektiv und ohne Übertreibung darstellen und darf weder Aussagen noch bildliche Darstellungen enthalten**, die

1. dem Arzneimittel eine über seine tatsächliche Wirkung hinausgehende Wirkung beilegen,
2. fälschlich den Eindruck erwecken, dass ein Erfolg regelmäßig erwartet werden kann, oder
3. nicht mit Kennzeichnung, Gebrauchs- oder Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften - SmPC - Summary of product characteristics) vereinbar sind.

Aus: Arzneimittelgesetz: <https://www.jusline.at/gesetz/amg/paragraf/50>

Heruntergeladen, ergänzt und bearbeitet, am **So 23.05.2021**

Dr. med. Alois Dengg, Hollenzen 100, A-6290 Mayrhofen

www.draloisdengg.at

www.draloisdengg.at/leistungen/info_ratsuch.htm

www.draloisdengg.at/leistungen/logik.htm

www.draloisdengg.at/leistungen/statistik.htm