Klaus Schreiner, 6020 Innsbruck, Kaiser Franz Joseph Str. 4

Bundeskanzleramt

z. Hd. Herrn Bundeskanzler Karl Nehammer

Ballhausplatz 2

1010 Wien

Innsbruck, 22.12.21

Offener Brief IV

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Karl Nehammer!

Ich erinnere Sie an meine Anfrage nach dem Auskunftsgesetz vom 13.12.21 betreffend der **aktiven CIA-HNaA-Drohnenmordattentatsgemeinschaft sowie an die Anfrage vom 17.12.21 und 20.12.21 über vorherrschende staatliche Missstände**, die noch alle unbeantwortet sind.

Haben Sie veranlasst, dass das HNaA die Tätigkeiten auf der Abhörstation Königswarte für den aktiven Kriegsakteur die CIA einstellt und sich nicht mehr aktiv am illegalen Drohnenmordprogramm beteiligt? Wenn nicht, sind Sie rücktrittsreif und ein Fall für das Gericht.

Da ich annehme, dass Sie Ihrer juristischen und menschlichen Verantwortung gerecht werden und dafür gesorgt haben, dass die aktive Beteiligung nun endgültig eingestellt wurde möchte ich mich zum Thema Impfpflicht nochmals äußern.

Dr. Robert Malone, einer der Erfinder der mRNA-Technologie, erklärt, warum man sein Kind eher nicht mit mRNA-"Impfstoffen" "impfen" sollten

https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/4616150575168973

Email: aktivist4youat@gmx.at – Blog: www.aktivist4you.at

Der Entwickler der mRNA-Impfungen Dr. Robert Malone warnt vor den Impfungen an unseren Kindern. Im Wortlaut:

„Bevor Sie Ihr Kind impfen lassen – eine Entscheidung, die nicht rückgängig zu machen ist, möchte ich Ihnen die wissenschaftlichen Fakten über diesen genetischen Impfstoff mitteilen der auf der von mir entwickelten mRNA-Impfstofftechnologie basiert. Es gibt drei Hauptpunkte, die Eltern verstehen müssen, bevor sie diese unumkehrbare Entscheidung treffen: Der erste ist, dass ein virales Gen in die Zellen Ihrer Kinder injiziert wird. Dieses Gen zwingt den Körper Ihres Kindes dazu, giftige Spike-Proteine zu bilden. Diese Proteine verursachen oft dauerhaften Schäden an wichtigen Organen der Kinder, darunter: Zu diesen Organen gehören **Ihr Gehirn und Nervensystem, Ihr Herz und Blutgefäße, einschließlich Blutgerinnsel, Ihr Fortpflanzungssystem**. Und das Wichtigste: Dieser Impfstoff kann **grundlegende Veränderungen in ihrem Immunsystem** auslösen. Das Besorgniserregende daran ist, dass diese Schäden, wenn sie einmal eingetreten sind, irreparabel sind. Sie können nicht rückgängig gemacht werden. Man kann die Läsionen in ihrem Gehirn nicht reparieren. Man kann die Schäden am Herzgewebe nicht reparieren. Man kann ein genetisch zurückgesetztes Immunsystem nicht reparieren. Und dieser Impfstoff kann reproduktive Schäden verursachen, die sich auf zukünftige Generationen Ihrer Familie auswirken könnten. Der zweite Punkt, über den Sie Bescheid wissen müssen, ist die Tatsache, dass diese neuartige Technologie noch nicht ausreichend getestet wurde. Wir brauchen mindestens 5 Jahre an Tests und Forschung, bevor wir die Risiken wirklich verstehen können. Die mit dieser neuen Technologie verbunden sind. Schäden und Risiken von neuen Medikamenten werden oft erst viele Jahre später bekannt. Ich bitte Sie, sich als Eltern selbst zu fragen ab Sie wollen, dass Ihr eigenes Kind Teil des radikalsten medizinischen Experiments der Menschheitsgeschichte werden soll? Ein letzter Punkt: Der Grund, den man Ihnen gibt, um Ihr Kind zu impfen, ist eine Lüge. Ihre Kinder stellen keine Gefahr für ihre Eltern oder Großeltern dar. Das Gegenteil ist der Fall. Ihre Immunität nach einer Covid-Erkrankung ist entscheidend, um ihre Familie, wenn nicht sogar die ganze Welt vor dieser Krankheit zu retten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es für Ihre Kinder oder Ihre Familie keinen Nutzen hat Ihre Kinder gegen die geringen Risiken des Virus zu impfen, wenn man die bekannten Gesundheitsrisiken des Impfstoffs bedenkt mit5 denen Sie als Eltern und Ihre Kinder möglicherweise für den Rest ihres Lebens leben müssen. Die Risiko-Nutzen-Analyse ist nicht einmal annähernd ausgewogen bezüglich dieses Impfstoffes für Kinder. Als Vater und Großvater empfehle ich Ihnen nachdrücklich Widerstand zu leisten und für den Schutz ihrer Kinder zu kämpfen."

Herr Nehammer, die heute um 20.15 Uhr im Servus TV ausgestrahlte Doku zu Corona wird sehr vielen Menschen die Augen weit öffnen und besitzt große politische Sprengkraft. Sollten Sie sich ansehen um nicht weitere Informationsdefizite zu haben.

Diesen Brief österreichischer Ärzte möchte ich mich anschließen

Sehr geehrte(r) Herr Bundeskanzler Karl Nehammer!

„Der schlimmste aller Fehler ist, sich keines solchen bewusst zu sein" (Thomas Carlyle).

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

Wir sind eine Gruppe von **Ärztinnen und Ärzten, Wissenschafterinnen 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 Interessenkonflikten 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 Existenz 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 sogenannten **Impfungen** vor allem bei neuen Virusvarianten **sehr schlecht wirken**. Die Impfstoffe können leider auch **keine sterile Immunität** erzeugen und daher nicht den erhofften „Gamechanger" darstellen.

Zusätzlich werden sogar **auffällig 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 Impfkomplikationen 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%[1]. 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[2]. Die Gefährlichkeit wird in der Bevölkerung, um ein Vielfaches überschätzt[3].

Bei 40,5% der positiv auf SARS-CoV-2 Getesteten verläuft die Infektion asymptomatisch, wie eine Metaanalyse mit fast 30 Millionen Probanden zeigt[4]. Bei unter 20-Jährigen 60% asymptomatisch und bei über 60-Jährigen 33%. Die weit 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[5].

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[6]. So war schon der Endpunkt in den Studien der Hersteller lediglich auf die Verhinderung eines schweren Verlaufes 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[7].

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

Die Durchimpfungsrate scheint nicht mit der Ausbreitung des Virus zu korrelieren[10]!

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

Davon abgesehen ist derzeit völlig unklar, ob und wie weit diese Impfstoffe gegen die **neue Omikronvariante** wirken. Erste Daten zeigen, dass Omikron zwar viel ansteckender zu sein scheint, allerdings wesentlich seltener schwere Verläufe verursacht und die derzeitigen Impfstoffe kaum Wirkung zeigen[13]. Die Omikronvariante stellt aus unserer Sicht sogar ein quasi **von der Natur angebotenes Ausstiegsszenario** aus der Maßnahmen- und Impfpolitik dar, da sich das Virus zunehmend in Richtung eines saisonalen weniger gefährlichen Erkältungsvirus zu entwickeln scheint[13a].

Was uns Unterzeichner aber am meisten und massiv beunruhigt, ist die Tatsache, dass diese **Impfstoffe schlecht geprüft[14] und jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie potenziell gefährlich sind**. Bereits in den Zulassungsstudien wurde unsauber gearbeitet[15] 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)[16]. 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 dürfte bei 0,74% oder weniger liegen[17].

Die **gemeldeten Nebenwirkungen sind wesentlich häufiger** als bei allen anderen derzeit verwendeten Impfstoffen und allen anderen ca. 25.000 zugelassenen Arzneimitteln der vorangegangenen Jahre[18]! Die **Erfassung** scheint zudem **extrem lückenhaft** zu sein, da manche medizinische Institutionen und leider auch Kolleginnen und Kollegen bestimmte Beschwerden von Patienten nicht auf die Impfung zurückführen können oder wollen[19]. 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[20]. Obduktionen werden im Todesfall selten bis nie durchgeführt. Die wenigen durchgeführten Obduktionen lassen eine hohe Dunkelziffer vermuten[21].

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 eigentlich ein ähnlicher Zustand wie bei einem schweren Verlauf simuliert[22]. 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[23], der in den Zellen permanent notwendig ist, um kleine Schäden auszumerzen!

Wenn diese **Reparaturmechanismen gestört** werden, kann es mittel- und langfristig zur **Krebsentstehung** kommen[24]. 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 keinster 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[26]
- Häufung von Schlaganfällen und Herzinfarkten (Hier verweisen wir auch auf die Literatur, die einen dramatischen zukünftigen Anstieg um 25% bei geimpften Personen prognostiziert[27]. Es wäre absolut unethisch eine Impfpflicht einzuführen, ohne dem nachgegangen zu sein!)
- Neurologische Erkrankungen wie Fazialisparesen, Lähmungen und Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen[28]
- Plötzlich ausgelöste rheumatische Schübe, Herpes Zoster (Gürtelrose), Verschlechterungen von Autoimmunerkrankungen etc.
- Zyklusunregelmäßigkeiten bei Frauen[29]
- Tumorrezidive
- Seltsame Hautveränderungen[30]
- 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[31]! 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[32].

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 3 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 „hineinzuimpfen“.

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 [6-11]), 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 übrigens in der Statistik 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 senken würden**[33]. 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[33] 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 Spitalseinweisung notwendig wird.
Leider ist es uns Ärzten aufgrund der Androhung von disziplinären 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 Impfplicht 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 der Definition und sinnvollen Praxis von Wissenschaft widerspricht. 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 keinster Weise in dokumentierter Form vorliegt. Es hat keine kritische Überprüfung der behaupteten Sinnhaftigkeit einer Impfplicht 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 neuerlich für ein Jahr verlängert, eine endgültige Zulassung war mangels Daten und abgeschlossener Studien 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 und 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, stehen sie 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.

Wir bitten Sie inständig, entscheiden Sie nach Ihrem persönlichen Gewissen. 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 jederzeit für Auskünfte zur Verfügung und vertrauen darauf, dass Sie das Richtige tun!

Hochachtungsvoll

1

(a) 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/

(b) Ioannidis et al. (2021) Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of covid-19: An overview of systematic evaluations. Eur J Clin Investi 2021 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33768536/

(c) 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 (d) Daten errechnet aus AGES Dashboard COVID, Stand 9.11.2021

Todesfälle in Österreich mit oder wegen COVID-19

Im Zeitraum 26. Februar 2020 bis 8. November 2021

Altersgruppe	Frauen		Männer	
	Verstorbene	Anteil an jeweiliger Bevölkerungsgruppe	Verstorbene	Anteil an jeweiliger Bevölkerungsgruppe
0 – 14	0	0,000 %	3	0,000 %
15 – 24	0	0,000 %	9	0,002 %
25 – 34	9	0,002 %	15	0,002 %
35 – 44	13	0,002 %	28	0,005 %
45 – 54	67	0,010 %	133	0,020 %
55 – 65	204	0,031 %	475	0,075 %
65 – 74	550	0,118 %	1103	0,271 %
75 +	4380	0,869 %	4254	1,251 %

Quelle: AGES Dashboard COVID / Open Data - https://covid19-dashboard.ages.at
Stand: 9. November 2021

2

(a) Treskova-Schwarzbach et al. (2021) Pre-existing health conditions and severe COVID 19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence BMCMedicine https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-021-02058-6

(b) Dessie, Z.G., Zewotir, T. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. BMC Infect Dis 21, 855 (2021). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34418980/

(c) Kompaniyets L, Pennington AF, et al. Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020–March 2021. Prev Chronic Dis (2021); 18:210123. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2021/21_0123.htm

(d) Popkin B. et al. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships; Obesity Reviews (2020) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.13128

(e) Martínez Colón, Kalani Ratnasiri et al. SARS-CoV-2 infects human adipose tissue and elicits an inflammatory response consistent with severe COVID-19; ´ bioRxiv (2021) https://doi.org/10.1101/2021.10.24.465626

(f) aus Bericht der SARS-CoV-2 positive deaths surveillance Group an das italienische Gesundheitsministerium

Table 2. Most common comorbidities observed in SARS-CoV-2 positive deceased patients

	All		Women		Men	
Diseases	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Ischemic heart disease	2,216	28.0	762	23.7	1,406	32.0
Atrial Fibrillation	1,958	24.8	835	25.9	1,123	23.9
Heart failure	1,245	15.7	578	17.6	667	14.0
Stroke	908	11.5	400	12.4	508	10.9
Hypertension	5,204	65.8	2,183	67.8	3,021	64.4
Type 2 Diabetes	2,317	29.3	882	27.4	1,435	30.6
Dementia	1,860	23.5	1,028	32.0	832	17.7
COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	1,875	23.7	458	14.2	917	19.5
Active cancer in the past 5 years	1,291	16.3	469	14.6	822	17.5
Chronic liver disease	404	5.1	138	4.3	266	5.7
Dialysis	179	2.3	59	1.8	120	2.6
HIV infection	18	0.2	2	0.1	16	0.3
Autoimmune diseases	366	4.6	202	6.3	164	3.5
Obesity	909	11.5	363	11.3	546	11.6
Number of comorbidities						
0 comorbidities	230	2.9	64	2.0	166	3.5
1 comorbidity	902	11.4	320	9.9	582	12.4
2 comorbidities	1,424	18.0	543	16.9	881	18.8
3 comorbidities and over	5,354	67.7	2,291	71.2	3,063	65.3
Complications from SARS-CoV-2 infection	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Acute respiratory distress syndrome	7,364	93.6	2,900	92.7	4,358	94.9
Acute renal injury	1,929	24.9	674	21.1	1,255	27.1
Acute cardiac injury	792	10.2	292	8.9	500	10.5
Co-infection	1,562	20.1	602	18.0	960	20.9

In women (n=3,218) the average number of observed pathologies is 3.8 (median=4, range 0-12, Range InterQuartile-IQR (1° quartile=2; 3° quartile=5)). In men (n=4,692) the average number of observed pathologies is 3.6 (median=3, range 0-12, Range InterQuartile-IQR (1° quartile=2; 3° quartile=5)).

3

Menschen überschätzen Risiko einer Covid-19- Erkrankung, berücksichtigen aber individuelle Risikofaktoren
https://www.econstor.eu/bitstream/10419/225033/1/1728118018.pdf

4

Global percentage of asymptomatic SARS CoV-2 Infections among the tested population and individuals with confirmed COVID 19 Diagnosis.
A systematic Review and Meta-Analysis. Qiuyue et al. JAMA (2021).
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34905008/

5

Stellungnahme d. Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und d. Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/

6

(a) Effectiveness of heterologous ChAdOx1 nCoV-19 and mRNA prime-boost vaccination against symptomatic Covid-19 infection in Sweden:
A nationwide cohort study The Lancet
https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(21)00235-0/fulltext

(b) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129426/SARS-CoV-2-Infektionsrisiko-steigt-bereits-90-Tage-nach-der-2-Impfdosis

(c) Yair Goldberg et al. Waning Immunity after the BNT162b2 Vaccine in Israel N Engl J Med 2021; 385:e85 https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2114228

7

(a) Nordström et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months:
A Swedish Total-Population Cohort Study; The Lancet (2021)
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410

(b) Kampf et al. COVID-19: stigmatising the unvaccinated is not justified.The Lancet (2021) https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02243-1

8

(a) Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733

(b) Günter Kampf, The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing
https://www.thelancet.com/journals/lanepe/article/PIIS2666-7762(21)00258-1/fulltext?s=08#%20

(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

(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

11

Goldberg et al. Protection and waning of natural and hybrid COVID-19 immunity. MedrRxiv (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

(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-antikoerper-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, ji2100727; https://doi.org/10.4049/jimmunol.2100727

13

(a) Abdool 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

(b) 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

(c) https://www.heise.de/hintergrund/Corona-Pandemie-Was-Omikron-bei-Geimpften-mit-den-Antikoerpern-macht6290653.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-thefda-think-these-data-justify-the-first-full-approval-of-a-covid-19-vaccine/

16

siehe Zulassungsstudie Pfizer und Fußnote [17]

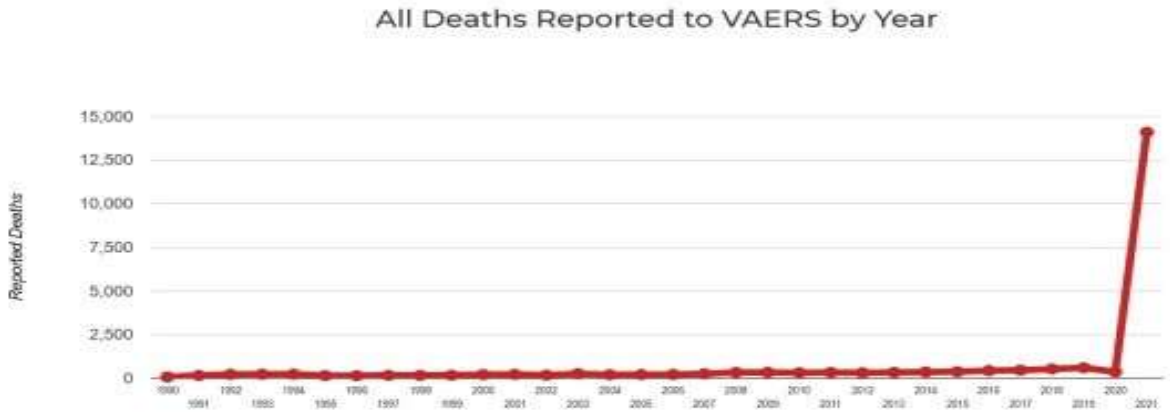
17

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

18

(a) Petition schwedischer Ärzte und Wissenschaftler die Impfungen sofort zu stoppen. http://lakarupproper.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: 10.2165/00002018200629050-00003. 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. Pharmacoepidemiolo Drug Saf 2001: 20(12):1287-94. https://www.researchgate.net/publication/51246824_Underreporting_of_recognized_adverse_drug_reactions_by_primary_care_physic ians_An_exploratory_study

20

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

21

(a) Pathologiekonferenz: https://www.pathologie-konferenz.de/

(b) Ärzteblatt 126061: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-vonGeimpften

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 Liguo Zhanga, 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-thecovid-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-in2021

(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

(b) Anstieg der Rettungseinsätze bei Schlaganfall und Herzinfarkt in Israel seit Beginn der Impfkampagne https://drive.google.com/file/d/1QT2uUC4j9I2cVpsD1prkScBg0gUqI52x/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-t8FoHxFeP5ttjJvv_EwhOtpLVgEPKZT_hYwZXqF7OH3jsI0

(c) http://mr.crossref.org/iPage?doi=10.6061%2Fclinics%2F2021%2Fe3286

(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
(g) www.mdpi.com/2076-393X/9/9/1008
(h) www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/21/5/e535
(i) 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

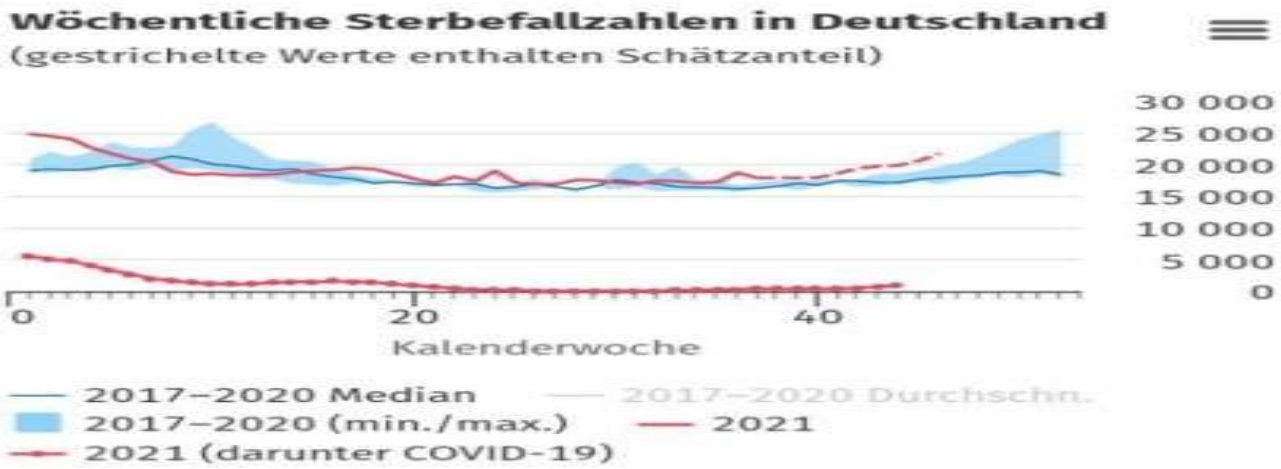
30

Farinazzo, E., Ponis, G., Zelin, E., Errichetti, E., Stinco, G., Pinzani, C., … _Zalaudek, I. (2021). Cutaneous adverse reactions after m-RNA COVID19 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

Baseline
2019
2020
2021
15-44 years
Beginn der Impfungen
in dieser Altersgruppe
Excess deaths
5.000
4.000
3.000
2.000
1.000
0
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50


Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland
(gestrichelte Werte enthalten Schätzanteil)
30 000
25 000
20 000
15 000
10 000
5 000
0
0
20
40
Kalenderwoche
2017–2020 Median
2017–2020 Durchschn.
2017–2020 (min./max.)
2021
2021 (darunter COVID-19)
Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt (Stand 29.11.2021), COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut (Stand 25.11.2021)
© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Monthly rate of neonatal deaths per 1,000 live births in Scotland
How do we identify patterns in the data?
Rate per 1,000 live births
5
4
3
2
1
0
Jul 2017
Jan 2018
Jul 2018
Jan 2019
Jul 2019
Jan 2020
Jul 2020
Jan 2021
Jul 2021
Jan 2022
Rate
Centreline
Control limits
Warning limits
Outliers

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-dataanalyzed-using-the-proper-scientific--1811.pdf

Palmer, M. et al. (2021) Expert evidence regarding Comirnaty (Pfizer) COVID-19 mRNA Vaccine for children.

(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 Yahi, 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, Pratice and Research (2021) https://ijvtpr.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 PatientsNutrients. 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/PIIS2214109X(21)00448-4/fulltext

(f) Matthieu Million et al. Chloroquine and COVID-19: A western medical and scientific drift? https://www.ejinme.com/article/S09536205(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

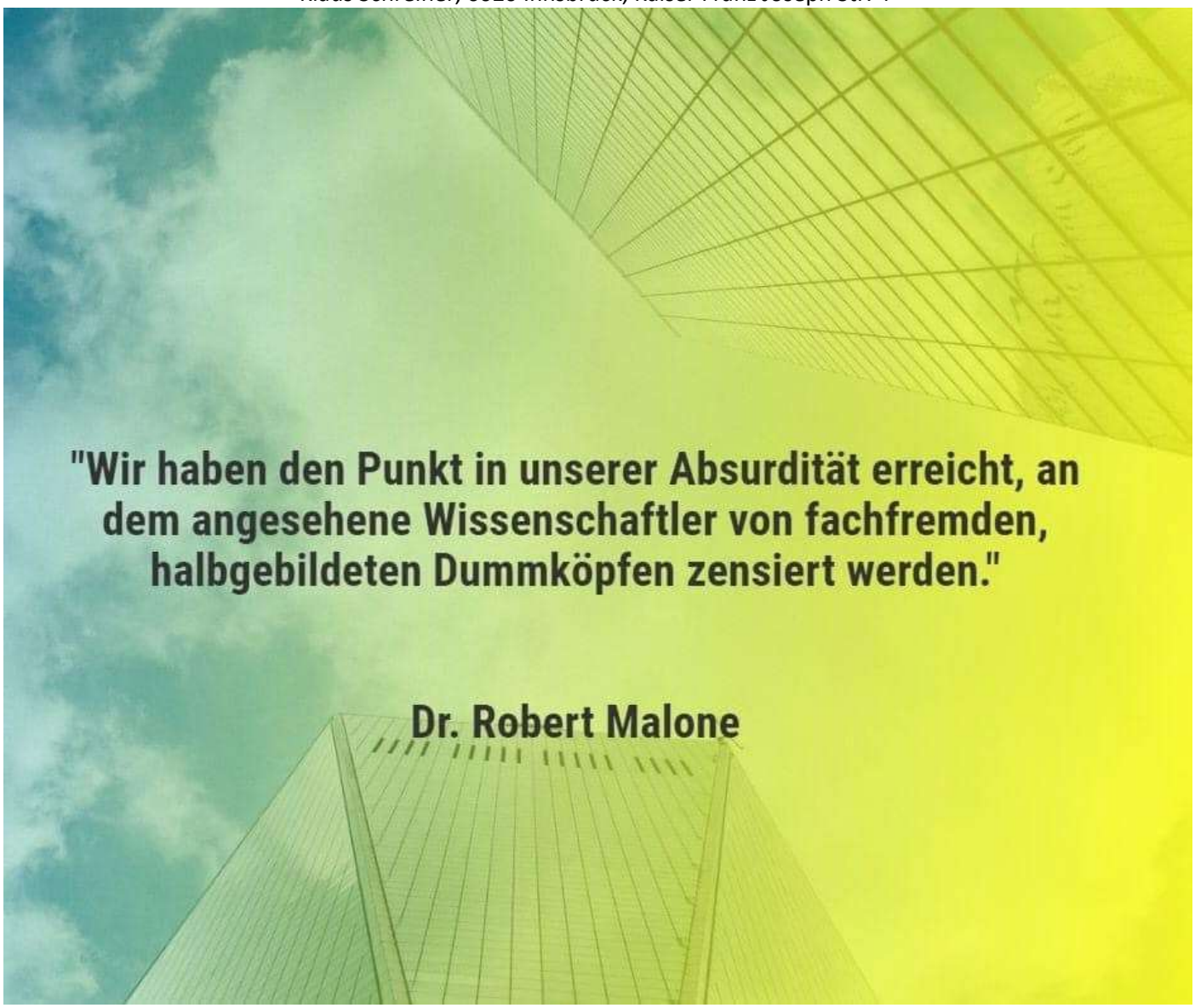
(h) Norio Ogata et al. Inhibition of the Binding of Variants of SARS-CoV-2 Coronavirus Spike Protein to a Human Receptor by Chlorine Dioxide (2021) Annals of Pharmacology and Pharmaceutics http://www.remedypublications.com/open-access/inhibition-of-the-binding-ofvariants-of-sars-cov-2-coronavirus-spike-7364.pdf

---

Eine Impfpflicht mit einer schlecht wirksamen bis unwirksamen mRNA-Gentherapie ist SINNBEFREIT und entbehrt der Notwendigkeit und ist <u>nicht evidenzbasiert sowie gefährlich!</u>

Ich fordere einen Untersuchungsausschuss der Pharmaparteispenden aller Parteien von 2020 & 2021 sowie die Veröffentlichung der Entscheidungsgrundlagen für diesen Schwachsinn/Irrsinn! Es reicht!

Klar ist, dass Menschen mit Vorerkrankungen oder wer schwere Allergien hat, wer Autoimmunerkrankungen hat, wer Krebserkrankungen hat, wer Herzerkrankungen hat, wer Gefässmissbildungen hat u. a. nicht als Menschenversuchs-Impflinge zur Verfügung stehen..



EINE NEUE LÜGE GEHT DURCHS LAND ❗

Der Corona-"Impfstoff" von Novavax wurde heute am 20.12.2021 von der EMA zugelassen. Ein weiterer von Valneva steht ebenfalls kurz davor.

Sowohl der bereits mehrfach als Lügner entlarvte Lauterbach wie auch die als Lügenpresse bekannten Staats- und Konzernmedien sprechen in diesem Zusammenhang stets von "Totimpfstoffen".

DAS IST GELOGEN !!
In beiden Fällen handelt es sich um KEINE KLASSISCHEN TOTIMPFSTOFFE, SONDERN UM **GENTECHNIK-PRÄPARATE** ❗ ,
deren Langzeitfolgen genauso wenig erforscht sind, wie die der anderen Genspritzmittel !
▶️https://t.me/NachrichtenWelt/6977
▶️ https://t.me/NachrichtenWelt/7324

FINGER WEG VON DEM DRECK‼️
⚠️EMA gibt grünes Licht für Novavax-Impfstoff

Die EU-Arzneimittelbehörde EMA hat den Weg für die Zulassung des Corona-Impfstoffes des US-Herstellers Novavax in der EU freigemacht. Das teilte die EMA am Montag in Amsterdam mit. Nach Zustimmung der EU-Kommission wird dies der fünfte Corona-Impfstoff in der EU...
➡️ https://snanews.de/20211220/eu-arzneimittelbehoerde-novavax-impfstoff-4751237.html
Der einzige ECHTE Totimpfstoff ist der chinesische von Sinovac.
(In der EU allerdings nicht zugelassen!)
Dieser soll zwar (angeblich!!) viel weniger gefährlich sein, ist aber GENAUSO NUTZLOS wie all die anderen!!
▶️https://t.me/NachrichtenWelt/7325
Aufgrund aller Beobachtungen und Erfahrungen der vergangenen fast 2 Jahre und dem daraus resultierenden, vollständigen Vertrauensverlust, raten wir dazu, sich GRUNDSÄTZLICH von all diesen Injektions-Stoffen fernzuhalten !
👉@Nachrichtenwelt
Telegram (https://t.me/NachrichtenWelt/6977)
🌐Nachrichtenwelt
⚠️❗DR. WOLFGANG WODARG
über die neuen Impfstoffe von Novavax und Valneva

Siehe hier:
https://www.facebook.com/100012953587452/videos/222373450039186

Gerade in der Glotze: Die Impfbereitschaft ist bei medizinischem Personal noch geringer als beim Rest der Bevölkerung.

Ich will ja nich unken, aber möglicherweise liegt das daran, dass die mehr Ahnung von der Materie haben.

#ServusNachrichten

„Die häufigsten Symptome sind starke Müdigkeit für ein oder zwei Tage, Kopfschmerzen und Schmerzen am Körper. Einige Patienten haben auch Halskratzen, andere einen trockenen Husten. Aber es ist kein ständiger Husten, er kommt und geht. Die Sauerstoffsättigung ist normal, und das Fieber sehr niedrig."

Angélique Coetzee
Vorsitzende des Südafrikanischen Ärzteverbands

SERVUS NACHRICHTEN 19:20

Nicht zu vergessen ist: **Bei einer Impfpflicht wird es zu einer Krise in der Gesundheitsversorgung kommen** da viele im Gesundheitsbereich tätigen Menschen die Impfung strikt ablehnen und ihren Beruf aufgeben werden.

In Erwartung einer Beantwortung nach dem Auskunftsgesetz sowie jegliche Impfpflichten nicht umzusetzen verbleibe ich mit freundlichen Grüßen, Klaus Schreiner

Buchhaltungsbüro, Lohnverrechnung
Tel. 0664/531 43 69