

Bundeskanzleramt

z. Hd. Herrn Bundeskanzler Karl Nehammer

Ballhausplatz 2

1010 Wien

Innsbruck, 24.12.21

### Offener Brief V

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 rüchtrittsreif 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.

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Karl Nehammer, können Sie uns bitte erklären, WARUM betreffend dem Impfpflichtgesetz noch ein zweites Mal dieser Gesetzestext eingebracht wurde, also erstmals am 09.12.21 und ein zweites Mal am 16.12.21? Der erste Gesetzesentwurf hat über 34.830 Stellungnahmen der zweite hat bereits über 17.367 Stellungnahmen.

Den nachfolgenden Stellungnahmen schließe ich mich vollinhaltlich an.

## 2. Covid-Impfpflichtgesetz als Initiativantrag am 16.12. im Parlament eingebracht

pfm Bürgerrechte, Gesundheit, Innenpolitik 18. Dezember 2021 2 Minutes

Wie uns Leser aufmerksam machen, gibt es auf der Webseite des Parlaments einen Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz (ÖVP), Ralph Schallmeiner (Grüne), Kolleginnen und

## Kollegen betreffend ein Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG).

Von Peter F. Mayer

Warum und wieso **dieser neue Initiativantrag** am 16.12.2021 eingebracht wurde nach dem **Ministerialentwurf vom 9.12.2021** ist unklar. Möglicherweise dient er dazu die bisher eingegangenen Stellungnahmen zu umgehen und ignorieren zu können. Man hat offenbar gesehen, dass Tausende Stellungnahmen und Tonnen von Briefen eingelangt sind.

Interessant sind die recht umfangreichen Erläuterungen. Meines Erachtens machen diese klar, dass die Paragraphen 3 und 4 **den ärztlichen Rechten und Pflichten diametral entgegenstehen.**

Im Paragraph 3 werden die Ausnahmen zur Impfpflicht allgemein angeführt und was zu geschehen hat, um sie zu dokumentieren und der zuständigen Behörde mitzuteilen. In den Erläuterungen werden meiner Meinung nach **völlig unzulässige Einschränkungen postuliert.**

Die Feststellung der Impfunfähigkeit wegen befürchteter Nebenwirkungen muss durch eine individuelle ärztliche Diagnose erfolgen. In den Erläuterungen werden aber detaillierte Einschränkungen aufgezählt, wann keine Ausnahme gegeben sein darf. Zum Teil wird darin sogar den Warnungen in den Rote-Hand-Briefen widersprochen. **Es ist völlig absurd wenn unwissende Abgeordnete den Job von verantwortlichen Ärzten übernehmen wollen** oder sie massiv bevormunden und einschränken.

Im Paragraph 4 ist der Umfang der Impfpflicht festgelegt. In den Erläuterungen heißt es dazu: *„Im Sinne der Rechtsklarheit wird bereits im Gesetz der Umfang der Impfpflicht verankert.“*

**Das ist völlig absurd, es ist wirklich noch nie dagewesen, dass eine medizinische Behandlung auch dem Umfang nach gesetzlich festgelegt ist.** Es werden demnächst neue Impfstoffe von der EMA genehmigt werden, wo noch keine Vorschriften für Häufigkeit, Abstände bekannt sind. Diese werden aber im Gesetz explizit vorgeschrieben. Das ist ein offensichtlicher Nonsense.

**Auch die Behauptung, die als Begründung für diese absurden Festlegungen angegeben wird ist falsch:**

*„Wenngleich sich der Stand der Wissenschaft zu den erforderlichen Impfindervallen ändern kann, wird die Impfpflicht entsprechend dem im Zeitpunkt der Erlassung dieses Gesetzes bestehenden Stand der Wissenschaft festgelegt.“*

Es gibt keinen „Stand der Wissenschaft“, es gibt Behauptungen des Nationalen Impfgremiums, in dem Leute sitzen, bei denen es **schwere Interessenskonflikte** gibt.

Auf der Seite der EMA findet sich dazu übrigens folgende Anmerkung:

*„Four vaccines are currently authorised in the EU, the two mRNA vaccines Comirnaty and Spikevax, and the adenoviral vector vaccines Vaxzevria and COVID-19 Vaccine Janssen; the first 3 require a two-dose course, the latter is currently authorised as a single dose.“*

*(Derzeit sind in der EU vier Impfstoffe zugelassen: die beiden mRNA-Impfstoffe Comirnaty und Spikevax sowie die adenoviralen Vektorimpfstoffe Vaxzevria und COVID-19 Vaccine Janssen; die ersten drei erfordern eine zweimalige Verabreichung, der letztere ist derzeit als Einzeldosis zugelassen.)*

**Es stimmt also nicht, was im Gesetzentwurf behauptet wird.**

Als Status wird angegeben, dass der Antrag dem Gesundheitsausschuss zugewiesen wurde, Beratungen aber noch nicht aufgenommen sind. Es gibt auch keine Frist für die Begutachtung, da diese bei Initiativanträgen nicht vorgesehen ist.

Es empfiehlt sich jedenfalls dringend alle Stellungnahmen, die zum Ministerialentwurf abgegeben wurden auch hier einzureichen und eventuell den Abgeordneten nochmals zu schreiben. Ich werde meine Stellungnahme nochmals um die oben erwähnten Punkte erweitern und dann morgen als Artikel veröffentlichen.

---

# Stellungnahme zum Covid-19 Impfpflichtgesetz in der parlamentarischen Begutachtung

[pfm Gesundheit](#), [Innenpolitik](#) 11. Dezember 2021 11 Minutes

**Das Covid-19 Impfpflichtgesetz liegt derzeit im Parlament zur Begutachtung auf. Bis 10.1.2022 können noch Stellungnahmen dazu abgegeben werden. Hier meine Stellungnahme, die ich in der parlamentarischen Begutachtung des Covid-19 Impfpflichtgesetz abgegeben habe.**

Stellungnahmen können hier auf der [Webseite des Parlaments abgegeben](#) werden. Meine Eingabe auch als pdf-Dokument:

[Stellungnahme zum Covid-19 Impfpflichtgesetz in der parlamentarischen Begutachtung](#) (Meine schon abgegebene [Stellungnahme auf der Webseite des Parlaments](#)).

## Stellungnahme:

**Dieses Gesetz ist zur Gänze abzulehnen, da es völlig unverhältnismäßig ist, grundlegende Menschenrechte massiv verletzt, ungeeignet ist das angestrebte Ziel auch nur annähernd zu erreichen und eine hohe Zahl an schweren Verletzungen und Todesfällen verursachen würde.**

### Epidemiologische Grundlagen

Ich möchte zunächst einige Fakten in Erinnerung rufen. SARS-CoV-2 ist ein Virus der bestens bekannten Familie der Corona-Viren. **Es gibt deshalb eine weit verbreitete Kreuz- und Grundimmunität**, die Infektionen in der Regel entweder völlig ohne Erkrankung (asymptomatisch) oder nur mit milden Symptomen verlaufen lässt.

Aus dem ersten [kontrollierten Infektionscluster](#) [1], dem Kreuzfahrtschiff Diamond Princess, ließ sich bereit die Infektionssterblichkeitsrate (IFR) von 0,125% mit einer Schwankungsbreite je nach Alter von 0,025% bis 0,625% errechnen

Aber es geht noch genauer nach Altersgruppe. Für die [Ermittlung der IFR](#) haben John P.A Ioannidis und Cathrine Axfors in ihrer Studie 23 Untersuchungen der Seroprävalenz (Prozentsatz von Menschen mit Antikörpern in einem Land) aus 14 Ländern in Amerika, Asien und Europa ausgewertet.

Der Median der IFR beträgt je nach Altersgruppe:

**0-19: 0,0027 %**

**20-29: 0,014 %**

**30-39: 0,031 %**

**40-49: 0,082 %**

**50-59: 0,27 %**

**60-69: 0,59 %**

Wir sehen eine drastische Staffelung nach Alter, wie das generell bei der Sterblichkeit üblich ist. Bei den über 70-Jährigen gibt es noch größere Unterschiede.

In 14 Ländern lag die IFR bei in der Gemeinschaft lebenden älteren Menschen im Median bei 2,4 %. In 2 Ländern mit mittlerem Einkommen betrug die IFR 0,3 % gegenüber 2,8 % in 12 Ländern mit hohem Einkommen.

Die Infektionssterblichkeitsrate liegt im gleichen Bereich wie für andere Atemwegserkrankungen durch Influenza, RSV oder andere Erreger, wobei Kinder durch diese sogar mehr gefährdet sind.

Es gibt keinen epidemiologischen Grund für eine Impfpflicht.

## Prophylaxe

Es haben mittlerweile viele Studien nachgewiesen, dass selbst das Risiko eines positiven Ergebnisses bei einem PCR-Test mit ansteigendem Vitamin D Spiegel sinkt. Vitamin D hat zum Beispiel in der Schweiz im Altenheim Muotathal und im Pflegeheim (!) Eulachtal auch bei hochbetagten Menschen mit Vorerkrankungen schwere Erkrankungen vermieden. Die Heimleiterin hatte die wöchentliche Abgabe einer eher geringen Dosis von 5600 IE Vitamin D an die Heimbewohner bestätigt. Die Infektionen verliefen bei den alten Menschen so mild, dass nicht eine einzige Hospitalisierung nötig wurde. Berichte dazu gibt es [hier](#) und [hier](#).

Zwei kürzlich erschienene Meta-Studien [3, 4] zeigen nochmals die hohe Wirksamkeit von Vitamin D3 gegen Infektion, Erkrankung, Hospitalisierung und Tod. Eine der beiden Studien [4] beweist, dass mit einem Serumspiegel von 25(OH)Vitamin D3 im Blut auf über 50 ng/ml sogar alle Todesfälle vermieden werden könnten.

Es gibt von einer Reihe Top-Medizinern erprobte und naturwissenschaftlich untermauerte Protokolle für die Prophylaxe, die über die an sich offenbar ausreichende Einnahme von Vitamin D hinausgehen. Vorgesehen sind dabei stark antiviral wirkende Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamin C und D, Zink, Selen, Quercetin oder NAC. Protokolle zur Prophylaxe und Frühbehandlung finden sich bei der „[Front Line COVID-19 Critical Care Alliance](#)“ (FLCCC) oder vom Promiarzt [Dr. Vladimir Zelenko](#). Die deutsche Version des FLCCC Protokolls für Prophylaxe und frühe Behandlung ist [hier zu finden](#).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Studien aus Europa wie etwa die von Charité und Universität Heidelberg mit [Tipps zur Vorbeugung](#) [5] gegen Covid-19.

Die Möglichkeit einer zuverlässigen Prophylaxe gegen Infektion und zur Verhinderung schwerer Verläufe von Covid-19 macht jegliche

**Impfpflicht überflüssig, schädlich und unverhältnismäßig.** Prophylaxe mit Vitamin D ist für etwa 35 Euro pro Jahr für alle erschwinglich.

## Frühbehandlung

Es gibt eine Reihe von Studien die zeigen, dass das was als Prophylaxe erfolgreich ist, ebenfalls mit gutem Erfolg in der Frühbehandlung eingesetzt werden kann, wie zum Beispiel die Studien mit Vitamin D an der Universitäten [Cordoba](#) [6] und [Barcelona](#) [7]. Es wurde gezeigt, dass damit **die Notwendigkeit der Intensivbehandlung sowie Mortalität drastisch reduziert wird**. Warum das nicht breit eingesetzt wird, kann wohl keine medizinischen, sondern nur politische und ökonomische Gründe haben.

Ähnlich verhält es sich mit **Ivermectin und Hydroxychloroquin**. Es gibt eine Reihe von Studien, die **den Erfolg in der Behandlung nachweisen**. Ein Überblick findet sich hier <https://c19ivermectin.com/> und hier <https://ivmmeta.com/>. Höchst erfolgreich wurde es eingesetzt in Indien, wo praktisch in einer Echtzeit Studie die Wirksamkeit in den Bundesstaaten, die es verwendeten klar erkennbar war, gegenüber denen wo es verboten war. Ebenso in Argentinien, in Afrika, Peru, Mexiko, El Salvador, Guatemala, Bolivien und anderen Staaten.

Ivermectin ist ein Humanarzneimittel, das über 3 Milliarden Mal erfolgreich eingesetzt wurde und dessen Sicherheit aktuell auch vom US [National Institute of Health \(NIH\)](#) als sicher eingestuft wird.

Ivermectin	
<b>Adults:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>The dose most commonly used in clinical trials is IVM 0.2–0.6 mg/kg PO given as a single dose or as a once-daily dose for up to 5 days.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><u>Generally well tolerated</u></li><li>Dizziness</li><li>Pruritis</li><li>GI effects (e.g., nausea, diarrhea)</li><li>Neurological AEs have been reported when</li></ul>

Die Möglichkeit einer zuverlässigen Frühbehandlung von Covid-19 macht jegliche Impfpflicht überflüssig, schädlich und unverhältnismäßig.

## Breite und Dauerhaftigkeit natürlicher Immunität

Die Breite und Nachhaltigkeit der Immunität ist mittlerweile wieder und wieder nachgewiesen worden. Hier ist ein [Überblick über 68 von Hunderten und mehr Studien](#), die eben das zeigen. Die Mechanismen der Immunität, sowie die Entstehung und dauerhafte Speicherung der Gedächtnis-T- und B-Zellen sowie den Plasmablasten ist längst aufgeklärt und verstanden.

Einen Überblick über die Nachhaltigkeit der Immunität nach Infektion, habe ich [hier gegeben](#). Bei der Auswertung von Daten des britischen [Statistikamtes ONS](#) [8] wurde Reinfektion festgestellt bei 0,0061% von 20.757 Studienteilnehmern (d.h. nach durchschnittlich 45 Jahren) bis 0,011% je nach Belastung und Häufigkeit der Kontakte mit Viren.

**Table 1: Rate of reinfections per 100,000 participant days at risk**

Estimated rate of COVID-19 reinfections per 100,000 participant days at risk, averaged for entire at-risk period, 2 July 2020 to 23 October 2021, UK

Definition	Number of participants at risk	Number of identified reinfections	Estimated rate of reinfections (per 100,000 participant days at risk)	Lower 95% confidence interval	Upper 95% confidence interval
All reinfections definition	20,757	358	11.9	10.7	13.2
Reinfections with Ct less than 30	20,757	184	6.1	5.3	7.1

Source: Office for National Statistics – Coronavirus (COVID-19) Infection Survey

Die Impfung von bereits Immunen [schädigt deren angeborenes Immunsystem](#) [9] ohne Nutzen zu bringen.

Der im Gesetz vorgesehene Nachweis der Immunität durch Antikörpertest ist ungenügend. Wie ein Studie der [MedUni Innsbruck](#) nachweist, kommt es bei milden Infektion zu so rascher Abwehr durch spezifische T-Zellen, [sodass das Immunsystem keine Antikörper mehr bilden muss](#).

Davon bin ich auch persönlich betroffen. Eine Infektion Anfang 2020 konnte ich mit ganz milden Symptomen binnen zwei Tagen überwinden, es gab einen schwachen Nachweis von Antikörpern, die dann rasch verschwanden. **Nach 10 Monaten nach eine stark spezifische T-Zellen-Reaktion nachweisbar.**

Eine Impfpflicht für bereits durch natürliche Infektion Immune **gefährdet diese durch Nebenwirkungen und Schädigung des Immunsystems. Sie bringt also nicht nur keinerlei Nutzen, sondern ist für sie schädlich und insgesamt unethisch und unmoralisch.**

## Keine Immunität durch Impfung

Im Gegensatz zur natürlichen Immunität **kann die Impfung keine Immunität herstellen,** da sie **keinen Schutz für die Eintrittspforten des Virus erzeugt.** Es gibt keinen Schutz in Mund, Nase und Rachenraum. Das heißt, Infektionen sind möglich und damit auch die Weitergabe des Virus. Viele Studien haben mittlerweile auch gezeigt, dass **die Viruslast gleich oder sogar höher ist als ohne Impfung.**

Ich erwähne nur eine, die in einer sehr gut kontrollierten Umgebung durchgeführt wurde nämlich von der CDC im Zusammenarbeit mit dem US-Justizministerium in einem Gefängnis. Ein [großes Team von Forscher\\*innen des Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\) sowie dem amerikanischen Justizministerium](#) [11] hat in einer Studie in einem texanischen Gefängnis herausgefunden, dass geimpfte Insassen exakt so lange und so stark infektiös waren wie ungeimpfte Gefängnisinsassen.

Die Impfungen schützen zwar vor schwerer Erkrankung, aber bei weitem nicht in dem Ausmaß wie natürliche Immunität.

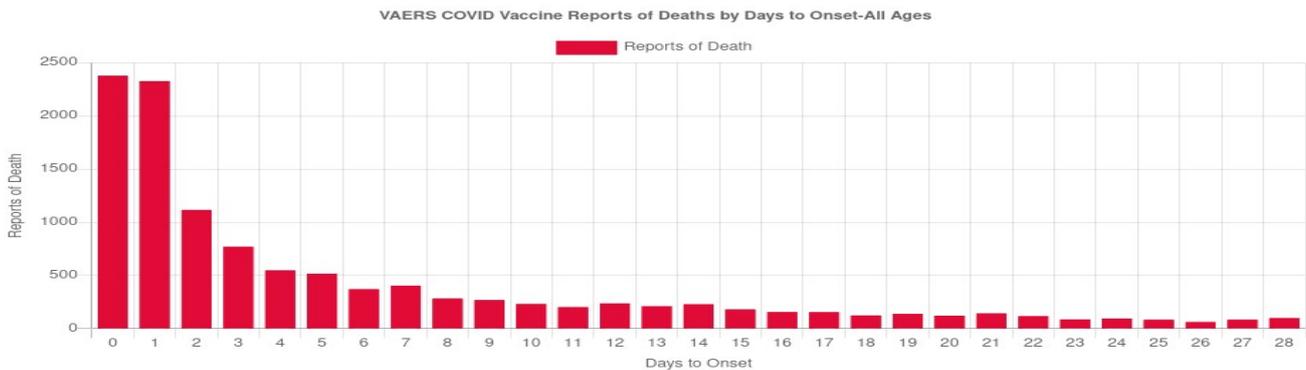
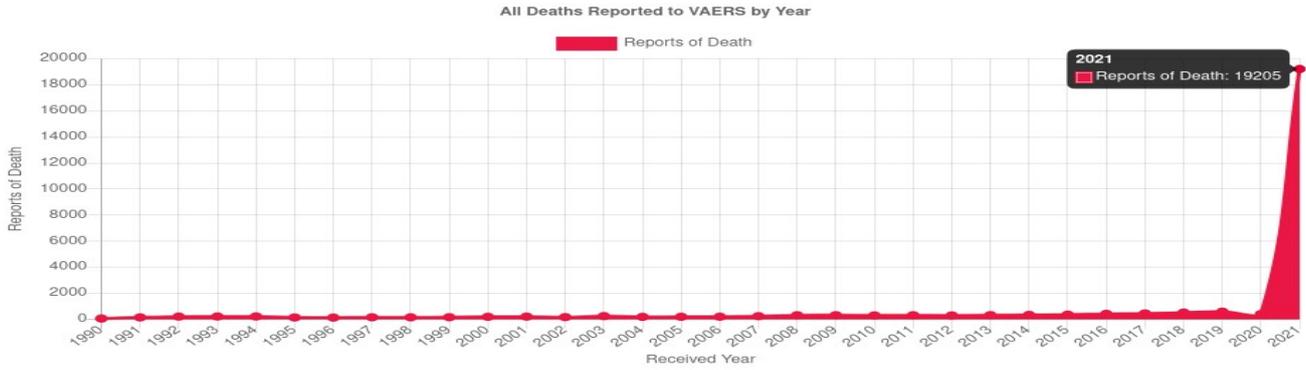
Die eingeschränkte Wirkung der derzeit verfügbaren Impfstoffe können andere nicht schützen, sie bieten nur Selbstschutz. Daher besteht kein Grund die Entscheidung über die Impfung dem einzelnen Menschen aus der Hand zu nehmen.

**Impflicht ist deshalb unverhältnismäßig, unethisch und unmoralisch.**

## Nebenwirkungen und Langzeitfolgen

Hier sind die Todesfälle, die alleine die [US Datenbank für Nebenwirkungen VAERS](#) [12] gesammelt hat. Per 25.11.2021 sind es immerhin 19.205, mehr als in all den Jahren davor und 50 mal so viele wie 2020.

---



Zu sehen ist auch, dass die Todesfälle tatsächlich in unmittelbarer Nähe zur Impfung aufgetreten sind. Insgesamt sind zu den Covid-Impfungen in der VAERS Datenbank knapp 1 Million Fälle von Nebenwirkungen erfasst worden, ebenfalls so viele wie bisher alle anderen Impfungen zusammen noch nicht.

In der von der Europäischen Medizin-Agentur EMA geführten Datenbank sind bisher fast 1,2 Millionen Nebenwirkungen und knapp 18.000 Todesfälle erfasst worden, wie die folgende Auswertung zeigt:

	BioNTech	AstraZeneca	Moderna	Janssen	total
Todesfälle	8.724	3.720	4.536	841	17.821
Lebensbedrohlich	10.790	7.707	4.981	1.290	24.768
Längerer Krankenhausaufenthalt	49.283	26.407	22.475	4.306	102.471
Behindernd	20.167	23.644	6.557	1.274	51.642
Schwerwiegende Fälle	141.880	98.335	51.252	9.789	301.256
Ernste Nebenwirkungen	219.960	203.200	68.836	13.157	505.153
Alle Fälle mit Nebenwirkungen	574.427	409.453	157.975	37.787	1.179.642

Das Problem dabei ist allerdings eine massive Unterfassung und Unterdrückung der Meldung von Nebenwirkungen und sogar Todesfällen. Wie das funktioniert zeigten exemplarisch die Herren Prof. Norbert Novotny und Prof. Siegfried Meryn im ORF. Ein Schlaganfall einer Anruferin zwei Tage nach der Impfung hat „sicher nichts damit zu tun“, erst als sich herausstellt, dass auch der Sohn vier Tage nach der Impfung einen Schlaganfall hatte, rudert man etwas zurück. Diese Reaktion scheint der offiziellen Linie zu entsprechen. Ärzten, die

Todesfälle oder sonstige Nebenwirkungen in die zugehörige Datenbank einmelden wollen, droht Entlassung oder wird sogar vollzogen.

Für Österreich hatte der Pharmazeutenverband Pharmig die **Berichtsquote auf magere 6% geschätzt**. Die tatsächlichen Nebenwirkungen und Todesfälle sind also mindestens um den Faktor 10, realistischer aber um den Faktor 20 höher als die hier gezeigten. **Das Risiko einer Impfung ist damit für alle unter 60 einfach zu hoch um es noch in Kauf nehmen zu können.** Dazu kommt, dass die Nebenwirkungen mit sinkendem Alter zunehmen.

Tatsächlich ist in Österreich **bereits Übersterblichkeit als Folge der Impfkampagne aufgetreten**, wie die Auswertung der Daten von Statistik Austria in dieser Tabelle zeigt:

**Factsheet #140** **FACT SHEET AUSTRIA**

**Plötzlich und unerwartet – Zahlen lassen sich nicht länger vom Tisch wischen**

**Trotz weniger COVID-Mortalität als 2020  
Seit Juni 2021 anhaltend starke  
Übersterblichkeit in Österreich**

- In Woche 22 bis 46 in offizieller Statistik um 10% weniger COVID-Tote als im Vorjahr
- Dennoch im selben Zeitraum insgesamt um 4,7% höhere Sterblichkeit. Besonders auffälliger Anstieg bei Männern in Altersgruppe unter 65 Jahren
- Vom Mainstream befragte Experten<sup>3</sup> „rätseln“. Sie ziehen offenbar einen naheliegenden, gegenüber 2020 fundamentalen, Unterschied nicht in Betracht ...

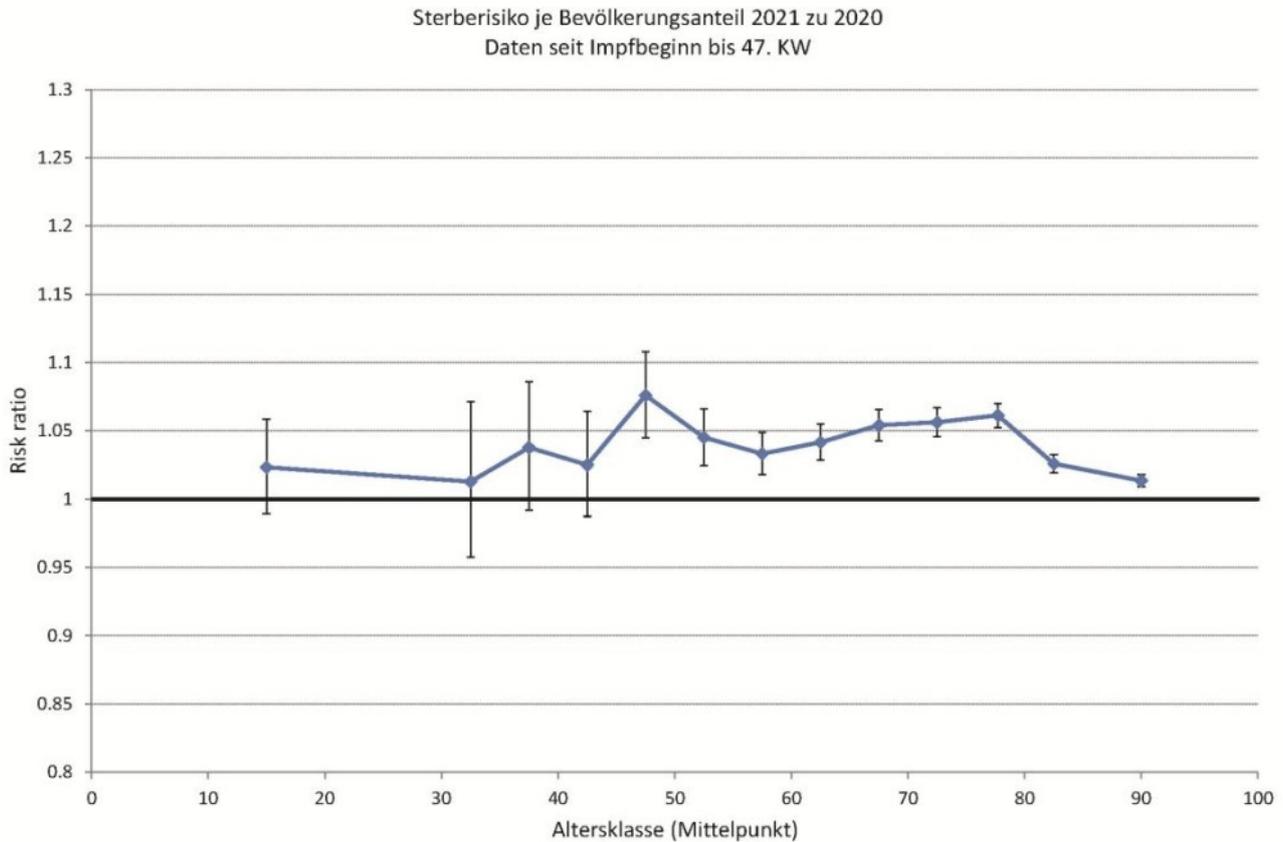
Verstorbene <sup>1</sup>	2020	2021	Veränderung	
	Woche 22 bis 46	Woche 22 bis 46		
<b>Insgesamt</b>	<b>39.433</b>	<b>41.268</b>	<b>+ 1.835</b>	<b>+ 4,7%</b>
<b>Mit/an COVID-19<sup>2</sup></b>	<b>1.520</b>	<b>1.370</b>	<b>- 150</b>	<b>- 9,9%</b>
<b>Männer 0 - 64 Jahre</b>	<b>3.715</b>	<b>4.087</b>	<b>+ 372</b>	<b>+ 10,0%</b>
<b>Männer 65+ Jahre</b>	<b>15.838</b>	<b>16.452</b>	<b>+ 614</b>	<b>+ 3,9%</b>
<b>Frauen 0 - 64 Jahre</b>	<b>1.956</b>	<b>2.077</b>	<b>+ 121</b>	<b>+ 6,2%</b>
<b>Frauen 65+ Jahre</b>	<b>17.924</b>	<b>18.652</b>	<b>+ 728</b>	<b>+ 4,1%</b>

*Datenquellen: (1) Statistik Austria - Gestorbene ab 2016 nach Woche, Altersgruppe und Geschlecht  
(2) AGES - <https://covid19-dashboard.ages.at/data/data.zip>  
(3) [www.derstandard.at/story/2000131577990](http://www.derstandard.at/story/2000131577990)*

*Hinweise: Angaben trotz sorgfältigster Recherche ohne Gewähr. Stand 4.12.2021*

**Folge den Fakten auf Telegram -> <http://t.me/FactSheetAustria>**

Auch in Deutschland zeigt sich Übersterblichkeit durch die Impfung gegenüber 2020 und die Vorjahre wie diese Grafik zeigt:



*Relative Sterberisiken 2021 zu 2020 von KW 27 bis KW 47*  
**Die Fehlerbalken zeigen die 95% Konfidenzintervalle an. Abweichungen nach oben deuten eine Übersterblichkeit an.** Die Populationsgrößen wurden um die aktuellen Sterbezahlen im jeweiligen ersten Halbjahr (26 KW) korrigiert. Eine Jahrgangsjahrgangsadjustierung (im Sinne von Verschiebung von einzelnen Jahrgängen im laufenden Jahr) wurde nicht durchgeführt.

*Basierend auf „Sonderauswertung Sterbefälle“ vom 7. Dezember 2021, Destatis.*

Dass Langzeitwirkungen unbekannt sind, liegt auf der Hand.

Mögliche Neben- und Langzeitwirkungen stellen für weite Teile der Alterspyramide **eine zu große Gefahr dar**, Impfling daher unverhältnismäßig und unethisch.

Die Basis für das Experiment mit den Gentechnik Präparaten

Grundlage für die Verabreichung der derzeit in der EU zugelassenen Impfstoffe ist eine Ausnahme von der Gentechnik Verordnung der EU.

Die Verordnung für die Ausnahme wurde am 15. Juli 2020 in [EUR-Lex veröffentlicht](#). Schon allein der Titel sagt recht viel aus:

*Verordnung (EU) 2020/1043 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Juli 2020 über die Durchführung klinischer Prüfungen mit genetisch veränderte Organismen enthaltenden oder aus solchen bestehenden Humanarzneimitteln zur Behandlung oder Verhütung der Coronavirus-Erkrankung (COVID-19) und deren Abgabe*

Die Ausnahme wurde jedoch zeitlich und inhaltlich beschränkt. Im Paragraph (17) der Verordnung heißt es dazu:

*.... Angesichts des beispiellosen gesundheitlichen Notlage aufgrund der COVID-19-Pandemie muss der Schutz der öffentlichen Gesundheit Vorrang erhalten. Daher ist es erforderlich, für die Dauer der COVID-19-Pandemie oder solange COVID-19 eine gesundheitliche Notlage darstellt, eine befristete Ausnahme von den Anforderungen im Hinblick auf eine vorherige Umweltverträglichkeitsprüfung und Zustimmung nach den Richtlinien 2001/18/EG und 2009/41/EG zu gewähren. Die Ausnahme sollte auf klinische Prüfungen mit GVO enthaltenden oder aus GVO bestehenden Prüfpräparaten zur Behandlung oder Verhütung von COVID-19 beschränkt sein.*

Die ‚beispiellose gesundheitliche Notlage‘ **besteht längst nicht mehr**. Die **Gefährdung von allen Menschen unter 60** entspricht der einer Grippe, ist also nicht ‚beispiellos‘. **Es gibt Möglichkeiten der wirksamen Prophylaxe und Behandlung**.

Entfällt diese Ausnahmegenehmigung, erlischt automatisch die bedingte Zulassung für die derzeit von der EU zugelassenen Präparate.

Die Parlamentarische Versammlung des Europarates hat Anfang des Jahres eine [Entschließung](#) gegen direkte und indirekte Impfpflicht verabschiedet.

Darin heißt es:

*„7.3.1 sicherstellen, dass die Bürger darüber informiert werden, dass die Impfung NICHT verpflichtend ist und dass niemand politisch, gesellschaftlich oder anderweitig unter Druck gesetzt wird, sich impfen zu lassen, wenn er dies nicht selbst möchte;*

*7.3.2 sicherstellen, dass niemand diskriminiert wird, weil er nicht geimpft wurde, aufgrund möglicher Gesundheitsrisiken oder weil er sich nicht impfen lassen möchte;“*

## Bedingte Zulassung und nicht abgeschlossene klinische Studien

Die EMA hat bisher für vier Präparate eine bedingte Marketingzulassung erteilt. Diese gilt jeweils für ein Jahr, kann aber verlängert werden. Die Studien für die

Zulassung sind noch nicht abgeschlossen, sondern laufen noch für ein Jahr oder noch länger. Die von Pfizer soll am 2. Mai 2023 abgeschlossen werden, die von Moderna am 27. Oktober 2022.

Zu den Inhaltsstoffen von Comirnaty wurden von BioNTech/Pfizer noch immer nicht die für Juli 2021 geforderten Informationen und Daten geliefert. Für die Lipid-Nanopartikel ALC-0159 und ALC-0315 werden im [EMA Assessment Report](#) für die erste bedingte Marketing-Autorisierung Auflagen zur Lieferung weiterer Informationen gegeben, nämlich SO4 und SO5 (SO = Specific Obligation). Diese Auflagen sind noch nicht erledigt worden.

Eine Impfpflicht wäre also eine Verpflichtung die Verabreichung eines Medikaments hinzunehmen, für das die klinische Studie noch nicht abgeschlossen ist. Ich halte das für eine klare Verletzung des Nürnberger Kodex.

Noch ein abschließender Appell an alle Abgeordneten:

International werden die in Österreich durch Regierung und Medien praktizierte Hetze und Maßnahmen gegen Ungeimpfte sowie dieses Gesetz bereits scharf als Faschismus kritisiert und auch das Gesetz als Schritt zur Wiedergeburt des Dritten Reichs gesehen. Sie wollen doch nicht Geburtshelfer spielen?

Referenzen:

[1] A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data, By John P.A. Ioannidis March 17, 2020: <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>

[2] Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview. Cathrine Axfors, John P.A. Ioannidis; <https://doi.org/10.1101/2021.07.08.21260210>

[3] Impact of the vitamin D deficiency on COVID-19 infection and mortality in Asian countries;

Ranil Jayawardenaab, Dhanushya T.Jeyakumar, Tormalli V. Francis, AnoopMisrae.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121000746>

[4] COVID-19 Mortality Risk Correlates Inversely with Vitamin D3 Status, and a Mortality Rate Close to Zero Could Theoretically Be Achieved at 50 ng/mL 25(OH)D3: Results of a Systematic Review and Meta-Analysis.

Lorenz Borsche, Bernd Glauner, and Julian von

Mendel; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8541492/>

[5] Devilishly radical NETwork in COVID-19: Oxidative stress, neutrophil extracellular traps (NETs), and T cell suppression;  
Günther Schönrich, Martin J. Raftery, Yvonne Samstag  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7334659/>

[6] Association of Vitamin D Status and Other Clinical Characteristics With COVID-19 Test Results  
David O. Meltzer, MD, PhD; Thomas J. Best, PhD; Hui Zhang, PhD; et al  
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770157>

[7] Calcifediol Treatment and COVID-19-Related Outcomes  
Xavier Nogues et al  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097036/>

[8] Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, characteristics of people testing positive for COVID-19, UK: 3 November 2021  
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurveycharacteristicsofpeopletestingpositiveforcovid19uk/3november2021>

[9] The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses  
Konstantin Föhse et al  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.03.21256520v1.full#ref-4>

[10] Potent SARS-CoV-2-Specific T Cell Immunity and Low Anaphylatoxin Levels Correlate With Mild Disease Progression in COVID-19 Patients  
Elliott Lafon et al  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.684014/full>

[11] Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July—August 2021  
Phillip P. Salvatore, et al  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1>



**Paul Schreyer**

@paul\_schreyer

Die Auswertung amtlicher Zahlen zeigt: Die Nebenwirkungsrisiken der Corona-Impfung sind im Vergleich zur Grippeschutzimpfung relativ pro behandelter Person je nach Nebenwirkung 20 bis 400-fach erhöht, das Fehlgeburtsrisiko bei Schwangeren 300-fach erhöht.



Faktencheck: Wie sicher sind die Impfungen?  
[multipolar-magazin.de](http://multipolar-magazin.de)

18:50 · 22 Dez. 21 · [Twitter Web App](#)

**Peter Ruzsicska**

Parlamentarische Stellungnahme zum COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG (164/ME), Peter Ruzsicska, den 10.12.2021:

Die Unverhandelbarkeit von grundsätzlicher Unverletzlichkeit der individuellen Körperlichkeit stellt ein höchstes Gut des einzelnen sterblichen Menschen als Abwehrrecht gegen staatliche und überstaatliche, sowie individuelle Willkür dar. Als hätte es den Nürnberger Kodex nie gegeben!

Seit Mitte März 2020 dem Eintritt des ersten „Lockdowns“ als Ausnahmezustandskaskade von nachweislich völlig unverhältnismäßigen Maßnahmen und einer sich gleichzeitig immer mehr eskalierenden Extremhetze, welche in ihrer nun nicht mehr camouflierbaren Absicht an die bislang dunkelsten NS-Zeiten erinnert, sowie einer nun gesetzlich krönenden Impfpflicht hat der Gesetzgeber sämtliche Grenzen von Verhältnismäßigkeit endgültig überschritten.

Im Anbetracht des nun dringlichst notwendigen Gewaltausgleichs auf Grund sich immer extremer ausufernder Herrschaftsanmaßungen:

Stop aller Maßnahmen und Entrechtungsermächtigungen Jetzt!

sowie Rücktritt der gesamten Bundesregierung mit anschließenden freien Neuwahlen!

Mit entsprechenden Grüßen

:

Peter Ruzsicska

auch im Gedenken an die Opfer der österreichischen Kinderheim und Heimkinderterrorregimes...

Zusätzliche Anmerkung: Neuwahlen wären grundsätzlich nur sinnvoll, wenn vorher durch die Kräfteverhältnisse in unserem Land die Grundrechte tatsächlich für den einzelnen Menschen verwirklicht sind, sonst...

---

Aus dieser Quelle entnommen: <https://tkp.at/2021/12/16/wie-man-mit-doppeldenk-ein-land-an-die-nadel-bringt/>

## Wie man mit Doppeldenk ein Land an die Nadel bringt

[pfm Gesundheit](#) 16. Dezember 2021

**Die Bevölkerung eines ganzen Landes dazu zu bringen sich eine **experimentelle Impfung** geben zu lassen, ist nicht einfach. Einige Mitglieder der Beratungsteams von**

**Regierungen, der nationalen Impfgremien und vor allem die Politiker in den Ärztekammern stellen sich mannhaft dieser Aufgabe. Auch wenn sie manchmal in einem Satz zwei gegenteilige Aussagen machen müssen. Die Technik des „Doppeldenk“ wurde in George Orwells dystopischen Roman „1984“ beschrieben als die Fähigkeit, zwei sich widersprechende Vorstellungen gleichzeitig in seinem Kopf zu haben und beide zu akzeptieren.**

Interessante Beispiele auf der [Webseite](#) einer PR-Agentur, die regelmäßig Webinare mit Regierungsbeamten, Berater, AGES-Mitarbeitern und Universitäts-Angehörigen veranstalten. Bei der jüngsten Veranstaltung, in der [Mediathek nachsehbar](#), gab es ein Impf-Update mit dem Mitglied des österreichischen Nationalen Impfgremiums (NIG), Prof. Herwig Kollaritsch, einen Beitrag über „Konzepte zur Steigerung der Impfwilligkeit“ und von einem der Modellieren, einen unter dem bezeichnenden Titel „Datenzauber“ – leider ohne Begründung warum bisher noch keine Trendänderung richtig vorhergesagt wurde, also keine Prognose richtig war.

Aber befassen wir uns vorrangig mit dem Beitrag von Prof. Kollaritsch:

**Conflict of interest**

Ich bin seit Pandemiebeginn als Mitglied des Beraterstabes des BM f. Gesundheit, für die Initiative „Österreich impft“ und sporadisch für das Bundeskanzleramt mit einem Gesamtaufwand bis dato von etwa **900** Arbeitsstunden unentgeltlich und ehrenamtlich tätig

**Damit ich mir das leisten kann habe ich**

- Vortragshonorare von Valneva, Ärztekammer, Apothekerkammer, Medicaldialogue, Teamworx, Grünes Kreuz, Novartis und Roche erhalten
- Sowie Aufwandsabgeltungen für die Tätigkeit als „data safety monitoring board“ Vorsitzender/Mitglied in 3 Impfstudien bekommen

**Es leiten sich daraus keine Interessenskonflikte ab**

H.Kollaritsch, Wien

Mit freundlicher Unterstützung:

Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Einen Vortrag zu halten, wo die ganze Zeit die freundliche Unterstützung von Impfstoff-Herstellern und Pharmafirmen zu sehen ist, halte ich für einen massiven Interessenskonflikt, ebenso die Vortragstätigkeit für Pharmafirmen. Es ist bezeichnend, dass Leute wie Kollaritsch darin keinen Interessenskonflikt mehr wahrnehmen können. Mitglieder des Gremiums, das Empfehlungen zur Impfung abgibt, sollten Distanz zur Pharmabranche von einer Armlänge haben und keine wie auch immer gearteten Zahlungen annehmen. Das ist hier nicht der Fall und ich habe den Verdacht, dass sich die Interessenskonflikte durchaus in den Empfehlungen und Aussagen manifestieren.

Schon in der nächsten Folie kommt diese Neigung zum Ausdruck. Zur Kritik wir hätten keine Erfahrungen mit Covid-Impfungen, meint Kollaritsch, wer nicht weiß, dass 8,4 Milliarden Impfungen bereits gemacht wurden, hat das letzte halbe Jahr verschlafen. Tatsache ist jedoch, dass **den größten Marktanteil die chinesischen inaktivierten Ganzvirusimpfstoffe** haben, die ein klassische Methode darstellen. Die Kritik richtet sich gegen **die Gentechnik Präparate**, wo ein halbes oder ganzes Jahr gegenüber den sonstigen Entwicklungs- und **Erprobungszeiträumen extrem kurz** ist und natürlich keine Aussagen über Langzeitschäden erlaubt. Sagt auch der **Erfinder der mRNA Impfstoffe**, Robert Malone. Die Aussage von Kollaritsch ist daher polemisch und unsachlich.

### VE Vergleich: Alpha/Delta

“In real world observational studies comparing VE estimates against different outcomes due to the Alpha VOC compared to estimates due to the Delta VOC show decreasing VE against infection but high VE against hospitalisation and severe disease.”

ECDC, 2021

Author	Country	Population	Outcomes	Vaccine effectiveness estimates
Sheikh et al.	Scotland	General population	Infection	Comirnaty Alpha vs Delta: 92% vs 79% Vaxzevria Alpha vs Delta: 73% vs 60%
Tang et al.	Qatar	General population	Infection	Comirnaty: Alpha vs Delta: 90% vs 60% Spikevax: Delta: 86%
			Severe disease	Comirnaty: Delta: 97% Spikevax: Delta: 100%
Nasreen et al.	Canada	General population	Symptomatic disease	Comirnaty: Alpha vs Delta: 89% vs 87%
Lopez et al.	England	General population	Symptomatic disease	Comirnaty: Alpha vs Delta: 94% vs 88%
Stowe et al.	England	Patients seeking care and subsequent hospitalisation	Hospitalisation	Comirnaty: Alpha vs Delta: 95% vs 96% Vaxzevria: Alpha vs Delta: 86% vs 92%
Pouwels et al.	England	General population	Infection Ct<30	Comirnaty: Alpha vs Delta: 94% vs 84% Vaxzevria: Alpha vs Delta: 86% vs 70%
Tartof et al.	US	General population	Infection	Comirnaty: Non delta variants vs Delta: 93% vs 75%
			Hospitalisation	Comirnaty: Non delta variants vs Delta: 95% vs 93%

H.Kollaritsch, Wien



Herwig Kollaritsch

Mit freundlicher Unterstützung:






Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Wir kommen jetzt zum ersten Teil von „Doppeldenk“: Die Wirksamkeit ist mehr oder weniger unabhängig von den Varianten sehr erfreulich hoch. Und zwar gegen Infektion, schwere Erkrankung, symptomatische Erkrankung und Hospitalisierung.

## Public Health England: Effectiveness der Impfungen

Outcome	Vaccine effectiveness			
	Pfizer-BioNTech		Oxford-AstraZeneca	
	1 dose	2 doses	1 dose	2 doses
Symptomatic disease	55 to 70%	85 to 95%	55 to 70%	70 to 85%
Hospitalisation	75 to 85%	90 to 99%	75 to 85%	80 to 99%
Mortality	70 to 85%	95 to 99%	75 to 85%	75 to 99%
Infection	55 to 70%	70 to 90%	55 to 70%	65 to 90%
Transmission (secondary cases)*	45 to 50%	No data	35 to 50%	No data

High Confidence	Evidence from multiple studies which is consistent and comprehensive
Medium Confidence	Evidence is emerging from a limited number of studies or with a moderately level of uncertainty
Low Confidence	Little evidence is available at present and results are inconclusive

PHE vaccine surveillance report week 33

H.Kollaritsch, Wien



Herwig Kollaritsch

Das zeigen auch die Daten aus England. Allerdings zeigen gerade auch diese Daten des UKHSA aus England, dass bei allen Altersgruppen über 30 **bereits eine negative Wirksamkeit** der Impfungen gegenüber Infektionen vorhanden ist, es gibt pro 100 Geimpften mehr Infektionen als pro 100 Ungeimpften. **Das verschweigt Kollaritsch.**

## Impfbenefit in Israel (Haas et al, LID 2021)

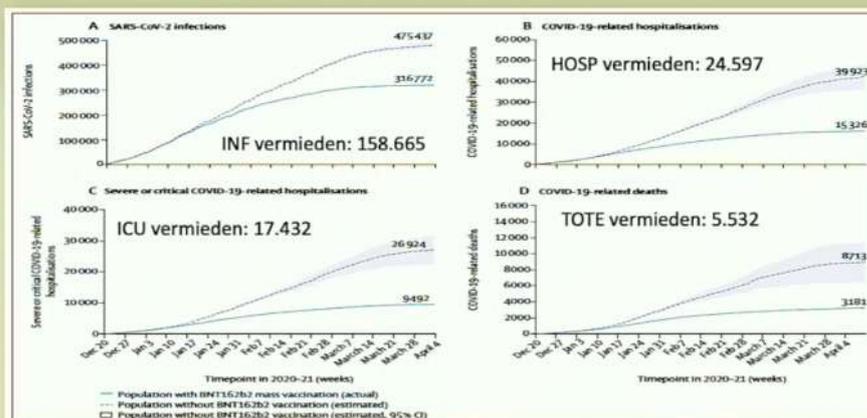


Figure 2: Cumulative SARS-CoV-2 outcomes over time comparing observed cases with nationwide vaccination and predicted cases without vaccination by outcome, Dec 20, 2020, to April 5, 2021. (A) SARS-CoV-2 infections. (B) COVID-19-related hospitalisations. (C) Severe and critical COVID-19-related hospitalisations. (D) COVID-19-related deaths. Lines are estimates over time with shaded areas showing 95% CIs.

Mit freundlicher Unterstützung:



Herwig Kollaritsch

Mich überrascht, dass irgendjemand, der ernst genommen werden will, solche Behauptungen von Modellierern sich öffentlich zu zeigen traut. Vermiedene Infektionen, Erkrankungen oder

Todesfälle kann man in beliebiger Höhe berechnen, so man die Eingangsparameter richtig wählt. Tatsache ist allerdings, dass laut den Grafiken und Daten von Euromomo Israel eine erhebliche Übersterblichkeit parallel zur ersten Impfwelle und jetzt zum Booster hatte. Nebenwirkungen gibt es für Kollaritsch praktisch nicht, oder gehen zumindest nicht in die Betrachtung ein.

**Immunitätsdauer nach Impfung**

Wird durch neutralisierende Antikörper und durch T-Zell vermittelte Immunität bestimmt.

- T-Zell vermittelte Immunität derzeit in der Routine (noch) nicht messbar
- Neutralisierende AK gelten als solides Immunkorrelat
  - Testsysteme sind jedoch sehr unterschiedlich (untersch. Standards)
  - „treshold of protection“ ist unbekannt
  - Antikörper „waning“ ist nicht linear
  - Schutzdauer wird von Ausgangseffektivität abhängen
    - Reduzierte Neutralisationsleistung der AK gegenüber Varianten
  - Schutzdefinition: Schutz vor Infektion/leichter/schwerer Erkrankung

H.Kollaritsch, Wien

Mit freundlicher Unterstützung:

Deutsches Institut für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Die Bestimmung der T-Zell vermittelten Immunität bieten bereits eine ganze Reihe von Laboren an. Ich habe sie zum Beispiel am 12. November 2020 machen lassen. Die Behauptung von Kollaritsch ist falsch.

Anschließend geht es mit „Doppeldenk“ weiter im Vortag. Nachdem wir gesehen haben wie super wirksam insbesondere die mit der experimentellen mRNA Technologie sind, kommt auf drei Folien das „Waning“ der Immunität, also ihr Verschwinden. Man kann doppeldenken, dass die Impfung gleichzeitig super wirksam ist und rasch nicht mehr, dass man eine 3. Dosis braucht, die dann super wirksam ist .....

Deshalb braucht es die 3. Impfung:



## Impfempfehlung 3. Impfung: Kernpunkte

- Über 18:
  - Allgemein:
    - Kann ab 4, soll ab 6 Monate (Flexibilität, individuelle Spezifika)
    - Homologer Booster empfohlen, heterolog möglich
    - Drittimpfungen mit mRNA-Impfstoffen
      - Spikevax mit halber Dosis und nur bei Personen über 30
      - „Mix and match“ off label, aber möglich (Comirnaty-Spikevax bei < 30)
    - Vaxzevria Erstimpfungszyklus: 3. ab 4 Monate empfohlen; mRNA-Impfstoffe
    - Johnson Erstimpfung: 2. Impfung sofort, 3. kann ab 4, soll ab 6 Monate; bevorzugt mRNA Impfstoffe
- 12-17:
  - Kann ab 6 Monate
  - Comirnaty 30 mcg als Standardvaccine
- 5-11:
  - Dzt. keine Regelung f. Drittimpfung
- Weitere Impfungen noch nicht geregelt (mehrere Faktoren: Immunitätsdauer, Variantenanpassung etc)
- Hochrisikopersonen/non-responder: eigenes Schema mit möglichem Einschub einer Zusatzimpfung bei Indikation, siehe Anwendungsempfehlung
- Geringgradige Abweichungen von den Schemata sind bei entsprechender Indikation tolerabel!

H. Kollaritsch, Wien

Mit freundlicher Unterstützung:



Sie kann über 18 ab 4 Monaten verabreicht werden und muss gegen Ende des 6. Monats genommen werden, da man sonst als ungeimpft eingestuft wird. Das Moderna Präparat Spikevax wird nur für Personen über 30 empfohlen.



## Beispiel Israel: populationsbasierte Studie

- Matched control study (1:1); Impfstoff BNT/Pfizer
  - Gruppe „Drittstich“ verglichen mit Gruppe nach nur 2 Impfungen (mindestens 5 Monate vorher)
  - 728.321 Personen pro Gruppe
  - 30.7. bis 23.9. (Delta!)
  - 13 Tage Nachbeobachtung
- Ergebnisse:
  - 93% Reduktion Neuinfektionen in Drittstichgruppe
  - 95% Reduktion von Spitalweisungen
  - 92% Reduktion schwerer Verläufe
  - 81% Reduktion der Todesfälle

H. Kollaritsch, Wien

Barda et al, Lancet, 2021

Mit freundlicher Unterstützung:



Nun kommt also die andere Seite des Doppeldenk zum Zug. Die Impfung ist hochwirksam mit über 90 Prozent, was wir auch Anfang des Jahres für einige Monate lang gehört haben.

Solange, bis offensichtlich war, dass davon überhaupt nichts stimmt. Mit der 3. Dosis stimmt es aber wieder.

Wir kommen zu den Nebenwirkungen und Impf-Todesfällen

Hintergrundinzidenz versus Risikoerhöhung durch Impfung

Hintergrundinzidenz = zufälliges Auftreten bestimmter Erkrankungen in einer Bevölkerung (ohne offensichtliches Einwirken medizinischer Maßnahmen etc.)

**Tab.: Zahl zufälliger Ereignisse ohne (oder nach) Impfung**

**CAVE: COVID-IMPFKAMPAGNE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN!**  
Sterbestatistik: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein über 80-jähriger Geimpfter in einer Woche spontan an natürlichen, nicht impfassozierten Ursachen verstirbt, beträgt ca.  
**1: 490**

Optikusneuritis pro 10 Mio.	2,03	14,40	88,30
Spontanabort pro Mio. Schwangerer	397	2.780	16.684
Plötzlicher Tod pro 10 Mio.	0,14	0,98	5,75

Quelle: Black S et al., Importance of background rates of disease in assessment of vaccine safety during mass immunisation with pandemic H1N1 influenza vaccines. Lancet 2009; 374(9707):2115-22

H. Kollaritsch, Wien

Mit freundlicher Unterstützung:  
janssen MSD

Herwig Kollaritsch

ÖEGIT  
Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Hier sehen wir eine andere extrem beliebte Form des Doppeldenk. Stirbt jemand nach der Impfung – und in Alten- und Pflegeheimen kam es zu einer erheblichen Sterblichkeit – sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten Dosis, dann hat das mit der Impfung nichts zu tun, denn alte Leute sterben sowieso. Gleichzeitig doppeldenkt man, dass ein Unfallopfer, das vor 27 Tagen einen positiven Test hatte an Covid gestorben ist und daher in die entsprechende Statistik aufgenommen wird, auch wenn es älter ist, als die nach der Impfung Verstorbenen.

**KEINE Impfk Kontraindikationen**

- Banaler Infekt (ab 3.Tag abschätzbar)
- Jedwede Medikation (Impferfolg ev. beeinflusst)
- Gerinnungshemmer
- Stillzeit
- Allergien verschiedenster Genese
- Angeborene Gerinnungsstörungen (z.B. Faktor VIII Leiden)
- Chronisch kompensierte Organerkrankungen
- Vorgeschichte mit Myokarditis oder thromboembolischem Ereignis

H. Kollaritsch, Wien

Mit freundlicher Unterstützung:  
janssen MSD

Herwig Kollaritsch

ÖEGIT  
Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Es gibt 9 Rote-Hand-Briefe zu den bei uns zugelassenen Präparaten mit Warnungen vor allem rund **um Thrombosen, die häufig auftreten. Das wird verschwiegen und ignoriert.** Ich vermute darin eine **Folge des Interessenskonfliktes.** In einem der früheren Webinare wurde eine Empfehlung zitiert der entsprechenden Fachabteilungen am AKH bzw MedUni Wien. Meine Erfahrungen mit diesen „Fachabteilungen“ bei meinen Thrombosen sind denkbar schlecht. Es wurde **diagnostisch nie nach Ursachen gesucht, Behandlung und Empfehlungen waren schlicht und einfach falsch,** legt man wissenschaftliche Maßstäbe an. Mein Vertrauen in die von **Kollaritsch gemachten Behauptungen ist gleich Null,** insbesondere was mein persönliches Risiko anlangt, da ich sowohl eine Autoimmunerkrankung habe als auch Thrombosen hatte, mit entsprechender und messbarer Neigung dazu.

Hier eine Auswertung der in der Eurdra Vigilance Datenbank über Nebenwirkungen der Europäischen Medizin Agentur per 11.12.2021:

	<b>BioNTech</b>	<b>AstraZeneca</b>	<b>Moderna</b>	<b>Janssen</b>	<b>total</b>
Todesfälle	9.172	4.020	4.784	925	18.901
Lebensbedrohlich	11.593	8.135	5.265	1.359	26.352
Längerer Krankenhausaufenthalt	53.269	27.640	24.283	4.510	109.702
Behindernd	22.031	24.239	7.155	1.356	54.781
Schwerwiegende Fälle	158.267	101.572	55.426	10.481	325.746
Ernste Nebenwirkungen	239.019	207.564	74.129	14.186	534.898
Alle Fälle mit Nebenwirkungen	624.896	417.460	169.515	40.113	1.251.984

Wir sehen bei den bei uns angewendeten Präparaten – also nicht bei den 8,4 Milliarden, die Kollaritsch am Beginn behauptet – 18.901 Todesfälle, 109.702 längere Krankenhausaufenthalte und insgesamt 1.251.984 schwere Nebenwirkungen. So viele hat es bei den bisherigen Impfkampagnen insgesamt nicht gegeben. Tatsächlich sind allerdings die **Nebenwirkungen und Todesfälle um den Faktor 20 mehr,** wie etwa die österreichische [Pharmazeutische Gesellschaft Pharmig](#) annimmt.

Auch das **Risiko von Herzmuskelentzündungen** spielt Kollaritsch herunter, obwohl mehrere Studien aus Ländern wie USA, Kanada, Taiwan, Japan, Hongkong oder Israel von Risiken 1 Fall pro 2500 bis 6000 gespritzten Dosen sprechen. Kollaritsch beziffert es auf 2 bis 4 nach der 2. Dosis pro 100.000 Männern unter 30.

Interessant ist auch, das Kollaritsch meint, ein positiver Antikörpertest solle nicht von einer Impfung abhalten, dann sollen ja erst die vielen Antikörper erzeugt werden.



Herwig Kollaritsch

# Impfabstände bei COVID-Impfung

- **Impfabstände erlauben hohe Toleranzen**
- **Überschreiten generell weniger problematisch als Unterschreiten der empfohlenen Impfabstände**
  - Unterschreiten kann bedeuten, dass Reifungsschritte der Immunantwort noch unvollständig vollzogen sind – v.a. bei Boosterungen wichtig
- Ein **Überimpfen** ist nicht anzunehmen, Verträglichkeit kann bei kurzem Abstand leiden
- Ein (pos.) Antikörperbefund ist keine Grundlage für eine Impfentscheidung

VACCINE SCHEDULE	
Interval between primary doses	A minimal interval of 3 weeks between primary doses allows development of successive waves of Ag-specific primary responses without interference.
Interval before boosting	A minimal interval of 4 months between priming and boosting allows affinity maturation of memory B cells and thus higher secondary responses.

H.Kollaritsch, Wien

Plotkin, 2018

Mit freundlicher Unterstützung:



Die Gefahr scheint aber eher zu sein, dass man nach dem Entwurf des Impfpflicht-Gesetzes mit einem positiven Antikörpertest für 270 Tage von der Impfung befreit wäre (so das auch so beschlossen wird). Was natürlich nicht im Interesse der Pharmafirmen ist.

# COVID-Impfung und Gravidität

**Schwangerschaft bedeutet im Falle einer COVID-Infektion ein deutlich erhöhtes Risiko(2-5 fach) intensivpflichtig zu werden und das Risiko einer Frühgeburt**

- Die Impfung (besonders auch 3.Stich!) wird daher ausdrücklich empfohlen, ist aber off label
- Bisherige Studien haben keinerlei Auffälligkeiten gezeigt
  - Impfzeitpunkt bevorzugt 3.Trimenon, aber auch 2.Trimenon uneingeschränkt möglich
  - Eine Impfung im ersten Trimenon sollte aus theoretischen Überlegungen vermieden werden, dürfte aber ebenfalls unbedenklich sein

Table 1. Odds Ratios for Covid-19 Vaccination in a 5-Week or 3-Week Window before Miscarriage or Confirmation of an Ongoing Pregnancy.

Vaccination Status	5-Week Exposure Window				3-Week Exposure Window			
	Ongoing Pregnancies number	Miscarriages number	Unadjusted Odds Ratio (95% CI)	Adjusted Odds Ratio (95% CI)*	Ongoing Pregnancies number	Miscarriages number	Unadjusted Odds Ratio (95% CI)	Adjusted Odds Ratio (95% CI)*
Among all women								
Unvaccinated	11,184	4,290	Reference	Reference	11,507	4,375	Reference	Reference
Vaccinated	772	231	0.92 (0.79-1.07)	0.81 (0.69-0.95)	449	146	1.00 (0.83-1.21)	0.91 (0.75-1.10)
Among health care personnel								
Unvaccinated	2,419	756	Reference	Reference	2,333	788	Reference	Reference
Vaccinated	261	75	0.92 (0.70-1.20)	0.93 (0.70-1.22)	147	43	0.94 (0.66-1.33)	0.92 (0.64-1.32)

Magnus et al, NEJM, 2021, Shimabukuro et al, NEJM, 2021, Kharbanda et al, JAMA, 2021, Zauche et al, 2021

Mit freundlicher Unterstützung:



**Die Impfung in der Schwangerschaft wurde nie in Studien untersucht,** wird aber vom NIG und Kollaritsch empfohlen, wobei er darauf hinweist, dass sie „off label“ ist und daher das Risiko beim Arzt liegt.

Und hier noch ein letztes Doppeldenk Beispiel:

**Genesene:**  
wesentliche Feststellungen für die Einordnung

- Eine durchgemachte COVID-Infektion hinterlässt eine stark unterschiedliche Immunität (Kinder deutlich geringer!), meist aber ein gutes immunologisches Gedächtnis
- Eine durchgemachte COVID-Infektion wird als immunologisches Ereignis ähnlich einer Impfung gewertet und entsprechend in den Immunisierungsvorgang „eingebaut“
- Ein „Impfdurchbruch“ zählt als „Impfung“
  - Die Wertigkeit der COVID-Infektion als immunologisch eigenständig zur Immunisierung beitragendes Ereignis hängt auch vom Zeitpunkt und Abstand Infektion/Impfung ab
    - wenn die positive PCR-Testung in einem Abstand von 20 Tagen oder weniger vor oder nach einer Impfung aufgetreten ist, so wird dies gemeinsam mit der Impfung als **nur ein** „immunologisches Ereignis“ betrachtet und die positive PCR-Testung hat keine Konsequenz auf das weitere Impfschema.
- Eine lange zurückliegende Infektion ist immunologisch deutlich weniger „wert“ als eine rezente Infektion, da neue Virusvarianten aufgetreten sind

H.Kollaritsch, Wien

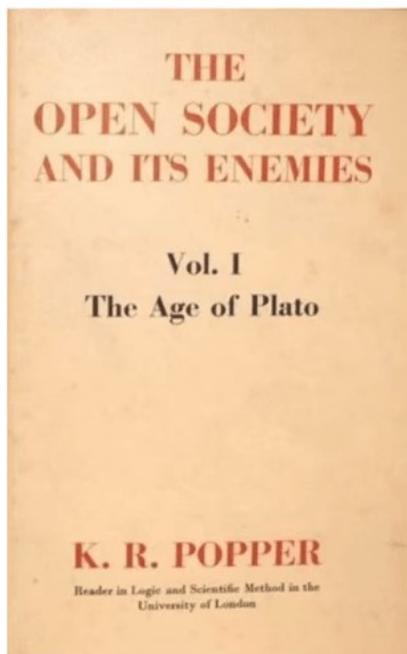
Mit freundlicher Unterstützung:  
janssen MSD

DEGIT  
Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Eine lange zurückliegende Infektion ist weniger „wert“, eine Impfung mit dem Spike-Protein der Wuhan Variante hilft bei der 3. Dosis angeblich auch gegen die Omicron Variante (93%!); bei Kollaritsch sieht das Impfschema für Genesene aber ohnehin die dreifache Dosis vor. Alles ganz im Interesse der Pharmafirmen, aber angeblich kein Interessenskonflikt.

Irgendwie reicht es jetzt, obwohl es noch wesentlich mehr zu diesem Vortrag zu sagen gäbe. Meine Toleranz ist echt im Schwinden für diese Art von Politik gegen die Menschen und für die Profite der Pharmafirmen.

Der zweite Vortrag mit dem Thema „Steigerung der Impfwilligkeit“ von Michael Binder endet damit, dass er meint wir hätten genug Toleranz gezeigt und dass das jetzt ein Ende haben müsse.



„...Unlimited tolerance must lead to the disappearance of tolerance. If we extend unlimited tolerance even to those who are intolerant, if we are not prepared to defend a tolerant society against the onslaught of the intolerant, then the tolerant will be destroyed, and tolerance with them.“

...

„...We should therefore claim, in the name of tolerance, the right not to tolerate the intolerant“



Michael Binder



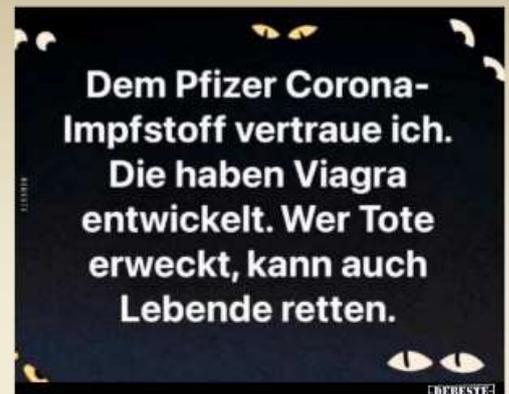
Michael Binder

Mit freundlicher Unterstützung:



Offen gesagt sehe ich das genauso. **Es muss Schluss sein mit Interessenskonflikten und Hinbiegen von wissenschaftlichen Erkenntnissen,** bis sie möglichst viele Impf-Dosen – 6, 7, 8 und mehr – in den nächsten Jahren ermöglichen.

## COVID-Impfungen: update



**Univ.Prof.Dr.Herwig Kollaritsch**

Facharzt f. Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin

Facharzt f. Hygiene und Mikrobiologie

Ernsthaft?

**Geimpfte** können andere Geimpfte, Genesene und Ungeimpfte anstecken.

**Genesene** können Geimpfte und Ungeimpfte anstecken.

**Ungeimpfte** können Geimpfte und Genesene anstecken.

Mit **welcher Begründung** werden nur Ungeimpfte radikal **ausgesperrt**? 

WELT+

TAUSENDE KÜNDIGUNGEN

# Amerikas Kliniken droht der Ärzte-Exodus – Impfpflicht aufgehoben

Stand: 18.12.2021 | Lesedauer: 3 Minuten

Von **Stefan Beutelsbacher** und New York



Große Skepsis: In Amerika lehnt jeder dritte Klinikangestellte eine Impfung gegen Corona ab

Quelle: Getty Images

Wegen Impfpflicht ab Februar

# Österreich sucht Angestellte, die Impf-Verweigerer jagen

Wer sich in Österreich ab Februar 2022 nicht impfen lassen will, muss mit einer Busse rechnen. Dass die Strafen auch bezahlt werden, dafür sollen Angestellte sorgen. Deswegen wird jetzt nach Kontrolleuren gesucht.

Publiziert: 12:58 Uhr | Aktualisiert: 16:26 Uhr





**Max**

@Max\_Gedanken

**#Ungeimpfte** sind nicht deswegen gefährlich, weil sie sich mit **#Corona** anstecken könnten und die Seuche weitertragen. Sie sind gefährlich, weil sie einem immer totalitärer agierenden Staat den Gehorsam versagen.

14:30 · 22 Dez. 21 · [Twitter Web App](#)

---

Ich erinnere an die Beantwortung nach dem Auskunftsgesetz und wünsche noch allen die sich nicht am Drohnenmordprogramm beteiligen Schöne Weihnachten und verbleibe mit freundlichen Grüßen, Klaus Schreiner



**Aktive Beteiligung am US-Drohnenmordprogramm!  
Verfassungswidrige Abhörstation Königswarte!  
Untersuchungsausschuss Heeresnachrichtenamt!**