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

Bundeskanzleramt

z. Hd. Herrn Bundeskanzler Karl Nehammer

Ballhausplatz 2

1010 Wien

Innsbruck, 10.01.22

**Offener Brief zum Impfzwang VI**

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 u. weitere über vorherrschende staatliche Missstände**, die noch alle unbeantwortet sind.

## VIDEOBOTSCHAFT AN DIE BUNDESREGIERUNG BETR. IMPFZWANG & EINIGES MEHR

## SIEHE HIER: HTTPS://WWW.BITCHUTE.COM/VIDEO/XPLS0KZETGFE/

In meinen Augen sind viele **Scharlatane, Dilletanten und Absurde** hier am Werken einen Impfzwang gesunden Menschen aufzuzwingen.

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

# **Innsbruck – Kundgebung & Spaziergang gegen Impfzwang** und für Frieden, Freiheit & Selbstbestimmung – 09.01.22

---

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

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

# Zusammenfassung der Fakten gegen einen Impfzwang! Rücktritt aller Impfzwangbefürworter!

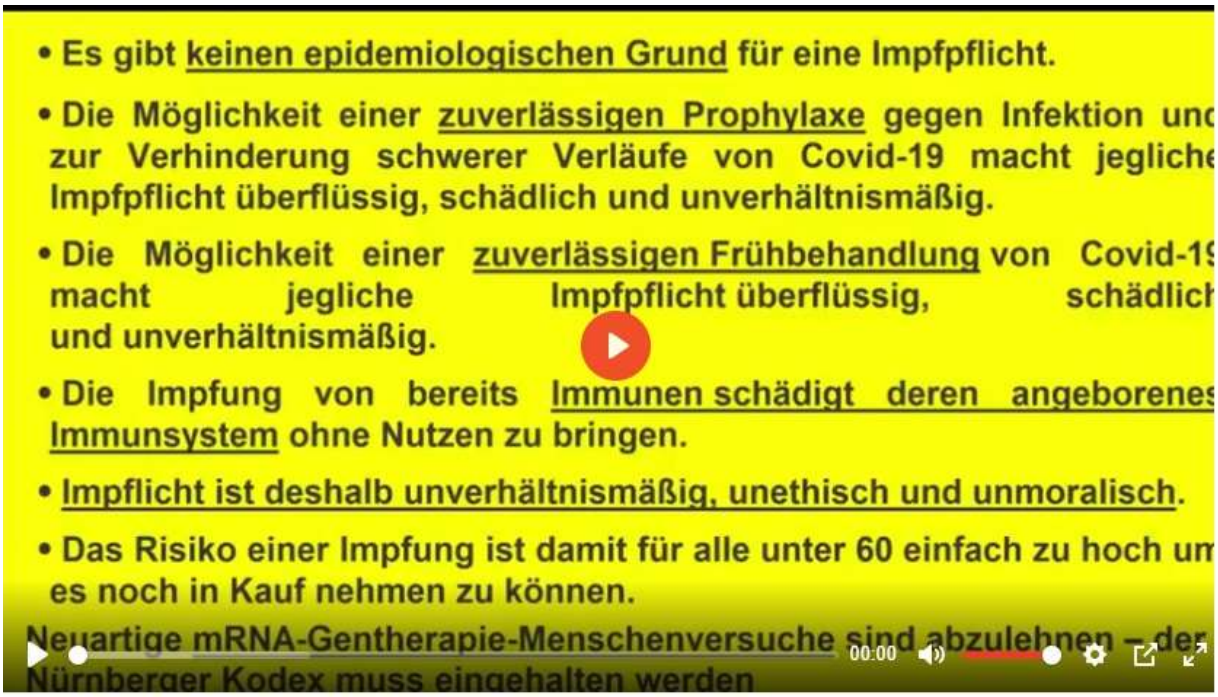
Siehe hier: https://www.bitchute.com/video/eLQDeALPlZFw/

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

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

# Fakten gegen den Impfzwang & das Lied der Dummheit

Siehe hier: https://www.bitchute.com/video/1WnSPFpsT9Hj/



# Stellungnahme von Univ. Prof. Dr. med. Diether Schönitzer

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich erlaube mir eine sachliche und fachbezogene Stellungnahme und einen Einspruch zur Einführung des für 1. Februar 2022 geplantenCovid-19-Impfpflichtgesetzes einzubringen. Meine Qualifikation für diesen Einspruch sehe ich wie folgt gerechtfertigt: Ich bin pensionierter Univ. Prof. der Universität Innsbruck und habe von 1968bis 2005 am „Zentralinstitut für Bluttransfusion nd immunologische
Abteilung" (ein Landes-Primariat) zunächst als Assistenz Arzt, dann als geschäftsführender Oberarzt und schließlich 17 Jahre als Vorstandgearbeitet. Das zentrale Thema unserer Tagesarbeit war die immunologische Sicherstellung der Verträglichkeit der zu transfundierenden Blutzellen, insbesondere der roten Blutkörperchen und Blutplättchen sowie die Testung der Gewebsmerkmale für Organ- und Stammzell-Transplantationen. Wichtig war die gewissenhafte Auswahl von Blutprodukten nach Blutgruppen sowie die Berücksichtigung von eventuell vorhandenen Antikörpern gegen diese Zellen. Im Bedarfsfall mussten auch Patienten mit autoimmun-hämolytischen Anämien transfusionsmäßig versorgt werden. Als Ursache für diese Erkrankungen kommt unter anderem die Verabreichung verschiedener Medikamente in Betracht, die zu einer Änderung der Oberfläche der Blutzellen Anlass geben können. Durch diese Veränderungen entstehen Neo-Antigene die vom Immunsystem des Patienten als fremd erkannt werden und zum Absterben dieser Blutzellen führen. Die zugrundeliegenden Abbaumechanismen gehören zum immunologischen Basiswissen der Ärzte und können durch Laboruntersuchungen im Detail bestätigt werden.

Damit komme ich direkt zur Verabreichung von mRNA-haltigen Substanzen, die fälschlich als Impfstoffe oder auch Seren bezeichnet werden und nach Eindringen in die Blutbahn zunächst in die Gefäßwandzellen eindringen und nachfolgend an der Oberfläche der Gefäßwandzellen zur Ausbildung der Spike-Proteine führen. Diese Spikes fungieren tatsächlich als Fremdantigen (ähnlich der medikamentös bedingten autoimmun-hämolytischen Anämie) und sollen zur Antikörperbildung und damit zur Immunität führen. Das Problem besteht jedoch darin, dass die Spikes zumindest eine gewisse Zeit, wahrscheinlich dauerhaft, an den körpereigenen Zellen anhaften und die aktivierten Killerzellen beziehungsweise Antikörper (falls die Impfung wirkt!) die mit Spikes fremd-markierten Zellen des Geimpften
zerstören. Folge ist eine immunologische Zell- und Gewebszerstörung bei den Geimpften Personen die zu den bekannten Thromboembolien, zur Zerstörung von Herzmuskelzellen, Lungen- und Nierengewebe, und letztlich zu einer Erschöpfung des Immunsystems führen. Auffrischungsimpfungen verstärken diese Effekte, weil frisch durch die Boosterung entstandene Spikes auf

inzwischen gebildete Antikörper stoßen. Dadurch werden mit hoher Wahrscheinlichkeit Akutreaktionen und Autoimmunreaktionen als Langzeitfolge entstehen und schlummernde Infektionen wie Tuberkulose reaktiviert werden, die das Gesundheitssystem mehr gefährden werden, als dies durch den Anteil der gesunden, impfkritischen Nichtgeimpften möglich ist. Bei Letzteren muss auch mit einer relativ hohen natürlichen Immunisierungsrate gerechnet werden, weil schwache und subklinische Verläufe nicht erfasst sind. Die Einführung einer Impfpflicht mit Verwaltungsstrafen für Nicht-Impfwillige, die viele Menschen an ihre Existenzgrenzen bringen können, ist nicht verhältnismäßig sodass ich von der Einführung einer Impfpflicht generell und im Besonderen unter Anwendung erbsubstanz-haltiger Inhaltstoffe, ausdrücklich abrate. Strafen sind ein Druckmittel das zu psychischer Belastung unserer Mitmenschen führt, sodass Impfpflicht de facto zu Impfzwang (!) wird. Es ist erschreckend, dass Kolleginnen und Kollegen inklusive sog. Experten, die aus immunologischer Unwissenheit und/oder Desinteresse, oder auf Druck, sich über den geleisteten Hippokratischen Eid hinwegsetzen und ihren Patientinnen und Patienten und deren Kinder zur Impfung raten beziehungsweise letztere selbst durchführen!

Univ. Prof. Dr. med. Diether Schönitzer

"DIE **OMICRON-WAND** IST EINGESTÜRZT. DERWEIL HAT SICH DEUTSCHLAND **IM NEBEL FALSCHER ZAHLEN, DATEN UND UNNÖTIGER PANIKPROGNOSEN** VÖLLIG VERRANNT. VIELE POLITIKER UND EXPERTEN HABEN VOR ETWA 2 JAHREN IHREN KOMPASS VERLOREN - LEIDER AUCH **MORALISCH. FACHLICH IST DIE PANDEMIE VORBEI. JEDER MIT WISSEN KANN DAS SEHEN.** POLITISCH MUSS DIE PANDEMIE VERMUTLICH DESHALB **WEITERGEFÜHRT** WERDEN, DAMIT NICHT DIE MEISTEN POLITIKER **ZURÜCKTRETEN** MÜSSEN. UNTERSTÜTZT WIRD DIES ALLES VON EXPERTEN, DIE SICH EBENFALLS **GRANDIOS GEIRRT** HABEN."

**DR. FRIEDRICH PÜRNER**

• **FACHARZT, EPIDEMIOLOGE, EX-LEITER GESUNDHEITSAMT AICHACH-FRIEDBERG BAYERN •**
**AM 6. JANUAR 2022 AUF TWITTER**

NACH KRITIK AN DEN CORONAMASSNAHMEN DER BAYERISCHEN STAATSREGIERUNG WURDE PÜRNER ALS LEITER DES GESUNDHEITSAMTES ABBERUFEN.

**Public Health Graz**

Österreich schafft es in dieser Pandemie immer wieder falsche Prioritäten zu setzen. Dazu ein paar Beispiele:
1) Begonnen hat es im Frühling 2020 mit der politischen Inszenierung und Infantilisierung der öffentlichen Debatte, anstatt einer sachlichen und ernsthaften Information der Bevölkerung.
2) Dann wurde, ausgehend vom Kanzleramt, die Energie in die Polarisierung der Gesellschaft und Diffamierung anderer Meinung gesteckt, anstatt die Datenbasis, die Kontaktverfolgung und das Epidemiologische Meldesystem zu verbessern und die Alten- und Pflegeheime gut auf die Virensaison 2020/2021 vorzubereiten.
3) Anstatt eine professionelle Impfstrategie zu etablieren, wurde zuerst auf den falschen Impfstoff gesetzt und verabsäumt ein professionelles Anmeldesystem zu etablieren. Ab Mai 2021 wurden in der Impfkampagne plötzlich Jugendliche anstatt der bekannten Risikogruppen priorisiert („Baby lass dich impfen“, „Alle gehen in den Club“).
4) Mit der Impfpflicht priorisiert die Regierung einen massiven Eingriff in die österreichische Gesellschaft, der sowohl aus wissenschaftlichen, als auch rechtlichen und ethischen Gründen nicht haltbar ist, anstatt die Energie und die Ressourcen in eine sachliche Information der Bevölkerung und die Verbesserung der Information, Betreuung und Versorgung außerhalb der Krankenhäuser zu stecken.
5) Mit dem anhaltenden Ausschluss von nicht geimpften, aber auch genesenen und geimpften Personen die die Regeln des „Grünen Passes“ nicht mehr erfüllen vom sozialen Leben, mit der Auflage für den Handel diese Personen gezielt zu identifizieren und wie Gesetzesbrecher zu behandeln, setzt die Regierung wiederum vollkommen falsche Prioritäten, die in Bezug auf die Zielerreichung in dieser Pandemie überhaupt nichts bringen, ganz im Gegenteil.

---

**Wissenschaftliche Schreiben von Prof. Glossmann** (emeritierter Professor für Pharmakologie der Medizinischen Universität Innsbruck

Schreiben vom 22. September 2021

Magnifizenz, lieber Herr Kollege Fleischhacker, am 16.September 2021 ist die beiliegende Studie erschienen. Diese belegt, dass die Häufigkeit einer „Myopericarditis“, mindestens 1 auf 1000 Impfereignisse , unter mRNA ( ggf. auch unter sog. DNA) Impfstoffen ist. In meinem Schreiben an Frau. Dr. Janine Kimpel (welches Ihnen bereits übermittelt wurde) hatte ich auf „Myokarditis“ als Nebenwirkung und die m.E. jetzt nahezu kausal belegte UAW hingewiesen. Einwände, dass, wie kürzlich in einer Publikation aufgrund anderer Daten, das Risiko solcher Schäden bei Covid-19 höher sei, als nach der Impfung, kann man durch die ARR entkräften (die je nach Hintergrund Infektionsrate zwischen 0.5 und 1.5 % liegt, und insbesondere bei der Altersgruppe der Studierenden geringer ist). Ganz entscheidend in der Beurteilung dieser jetzt vorliegenden Studie ist, dass es sich um (nur!) „hospital admissions“ handelt - Zwischenfälle, die nur mit leichten Beschwerden einhergehen, tauchen in dieser Analyse nicht auf.* Langzeitfolgen sind bislang unbekannt.

Ich verzichte, wegen der Dringlichkeit jetzt und hier auf eine ausführliche Dokumentation, die die mutmaßlichen Mechanismen diskutiert, Belege für das Zirkulieren der Spike Proteine bzw. ihrer Teilstücke im Plasma belegt, sowie externe Analysen der Berichte an die Behörden (VAERS, EudraVigilance etc.) als weitere Evidenz vorzulegen. Meine „Risk /Benefit“ Ratio für die Impfung ist aufgrund dieser und anderer Daten für viele Gruppen (insbesondere die Altersgruppe der Studierenden) negativ.

Ich bin mir bewusst, dass die Verantwortung, die auf Ihnen lastet, groß ist und Ihre Entscheidungen leider auch von übergeordneten Behörden gesteuert werden.

Aus vielen Jahrzehnten Erfahrungen als Mitglied in zunächst der EK in Gießen und danach in Innsbruck, sowie als Pharmakologe, sage ich voraus, dass sich der größte Arzneimittelskandal, den ich jemals erlebte, anbahnt. Daher erwarte ich und bitte Sie dringend, dass Sie die quasi verpflichtende Impfung für Studierende sofort aufheben, die Ärzte des Klinikums anweisen, solche Impfungen nur nach vollständiger (schriftlich belegter) Aufklärung der Patienten über alle vermuteten, einschließlich der jetzt belegten UAWs, vorzunehmen, die Studienleiter zu informieren ( Die Med. Uni Innsbruck ist Sponsor der Studien) sowie die Impfärzte im Klinikum darauf hinzuweisen, dass diese zivil- ggf. auch strafrechtlich verantwortlich gemacht werden könnten. Die Angelegenheit erscheint mir so ernst, dass ich mich gezwungen sehe, die oben genannten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen einer größeren Öffentlichkeit insbesondere auch an meine Kollegen/Kolleginnen bekannt zu geben.

Mit kollegialen Grüßen ! Ihr H.Glossmann

**Ergänzungen zu 2 Schreiben (4.September 2021; 22.September 2021, Korrektur)**

**an Magnifizenz Univ. Prof. Dr.med. W. Fleischhacker**

**Vorbemerkung**

Am 4. Oktober2021 erhielt ich eine E-Mail von Magnifizenz Univ.Prof. Wolfgang Fleischhacker (mit Kopie an „Krisenstab“) und einer Bestätigung von Dr.med.univ. Peter Willeit, dass die Autoren der von mir zitierten Publikation diese aufgrund eines Rechenfehlers zurückgezogen haben. Dies ist zutreffend und war mir bekannt (siehe Abschnitt 1), Magnifizenz bat mich, auf der Webseite, auf der ich das Schreiben geteilt habe, zu korrigieren, was hiermit erfolgt. Ich sehe keinerlei Anlass, meine Warnungen vom 22. September 2021 zurückzunehmen, vielmehr nutze ich die Gelegenheit, meine wissenschaftliche Meinung am Beispiel Myocarditis darzulegen. Obwohl in der Literatur von „exceedingly rare events“ bis „rare events“ die Rede ist, bleibe ich bei meiner Aussage, dass in einer bestimmten Altersgruppe (vorwiegend junge Männer, in klarer Abhängigkeit von der Zahl der Dosen, d.h. nach 2 Dosen wesentlich häufiger als nach einer Dosis) mit einer Häufigkeit des Syndroms „Myocarditis“ (akuter nichtischämischer Myocardschaden, inklusive Fälle ohne klinische Symptomatik) von etwa 1:1000 gerechnet werden kann. Es ist meine persönliche Ansicht (mit vielen Jahren Erfahrung in Ethikkommissionen und über Arzneimittelskandale), dass das hier beispielhaft illustrierte Schadensereignis nur die Spitze eines Eisbergs darstellt. Es mag sein, dass andere Experten zu anderen Ergebnissen kommen, daher lege ich meine Gedankengänge offen und plädiere für ein sofortiges Einstellen der Impfung einer jetzt eindeutig identifizierten Kohorte.

**Abschnitt 1. Warum verwenden Behörden bei Schadensmeldungen die Zahl der Dosen und nicht die Zahl der vollständig Geimpften und warum ist die zurückgezogene Arbeit wertvoll?**

Die Autoren (University of Ottawa/Heart Institute Ontario, Kanada) (1) des meinem Schreiben vom 22.September 2021 beigelegten „Preprints“ zogen ihre Publikation zurück. Sie haben – nach eigenen Angaben – den Fehler begangen, mit einem falschen Denominator (die Gesamtzahl der Dosen wurde um Größenordnungen unterschätzt) zu rechnen. Ebenso falsch, aber etwas näher an der Wahrheit, wäre die Zahl der Geimpften gewesen. Mit verabreichten Dosen pro gemeldetem „Event“ berichten auch Behörden – anstatt die Zahl der Geimpften zu wählen. Daraus kann bei vollständiger, 2-maliger Injektion der Spike-mRNA in einer Population (100 %) eine Halbierung der „Events/Million Doses“

werden. Mit anderen Worten, wenn aber pro (vollständig, d.h. 2 Dosen mRNA) Geimpfte gerechnet wird, kommt es zur Verdopplung.

Die prospektive Studie von Kafil et al. (1) ist wertvoll: Es wird über 32 Patienten berichtet; bei 30 wurde CMR („cardiac magnetic resonance“) Bildgebung verwendet; die Symptomatik, die zur Einweisung führte, wurde detailliert dargestellt und Nachbeobachtung zugesagt. Zitate aus dem Abstract im nicht mehr zugänglichen Preprint:

**“Methods:**

Prospective case series from 1st June 2021 until 31st July 2021. Patients were identified by admission and discharge diagnoses which included myocarditis or pericarditis. Inclusion criteria: in receipt of mRNA vaccine within one month prior to presentation; The CMR protocol included cine imaging, native T1 and T2 mapping, late gadolinium enhancement and post contrast T1 mapping. All CMR studies were read in consensus by two experienced readers. Diagnosis was based on clinical presentation, ECG/echo findings and serial troponins and was confirmed in each case by CMR. Incidence was estimated from total doses of mRNA vaccine administered in 2 the Ottawa region for the matching time-period. This data was obtained from the Public Health Agency of Ottawa.

**Results:**

32 patients were identified over the period of interest. Eighteen patients were diagnosed with myocarditis; 12 with myopericarditis; and 2 with pericarditis alone. The median age was 33 years (18-65years). The sex ratio was 2 females to 29 males. In 5 cases, symptoms developed after only a single dose of mRNA vaccine. In 27 patients, symptoms developed after their second dose of. Median time between vaccine dose and symptoms was 1.5 days (1-26 days). Chest pain was the commonest symptom, but many others were reported. Non-syncopal nonsustained ventricular tachycardia was seen in only a single case. Median LV ejection fraction (EF) was 57% (44- 66%). Nine patients had an LVEF below the normal threshold of 55%. Incidence of myopericarditis overall was approximately 10 cases for every10,000 inoculations.”

**Abschnitt 2. Wann ist es unzulässig, die Zahl der gemeldeten Geschädigten durch die Zahl der verabreichten Dosen in einer Gesamtpopulation zu teilen?**

Wenn eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (z.B. analog einer Idiosynkrasie) nur in einem ganz bestimmten Personenkreis (z.B. vorwiegend nur bei Frauen oder fast nur bei Männern, i.e. Sexualdimorphismus (2)) auftritt, oder in einer ganz klar dominierenden Alterskohorte oder beim Vorliegen eines genetischen Polymorphismus etc., ist es unzulässig, die Zahl der Geschädigten durch die Gesamtzahl der verabreichten Dosen in einer gesamten Population zu teilen. Deswegen sind die hier auszugsweise zitierten Daten nützlich, da nach Alterskategorien und männlich/weiblich aufgeschlüsselt wird. Der Report über Myocarditis und Pericarditis nach mRNA Impfung von Public Health Ontario (3) listet 314 Berichte von Myocarditis oder Pericarditis (Zeitraum: 13. Dezember 2020 bis 7. August 2021) auf, von denen 204 bestimmte Kriterien erfüllen und ausgewertet wurden. Von diesen 204 waren die meisten zwischen 18-24 Jahre alt, 79,9 % männlich, 202 Patienten wurden in die Notfallambulanz eingewiesen, 146 wurden hospitalisiert und 3 landeten auf der Intensivstation. Daten aus VAERS (4) und dem kanadischen Bericht (3) lassen (siehe Abbildungen 1-4) folgende Schlussfolgerungen zu:

**2 a.** Es ist ein Klasseneffekt beider mRNA Impfstoffe (Moderna, Pfizer/ BioNtech), der sehr viel seltener für den Vektor Impfstoff von Janssen gemeldet wurde.

**2 b**. Es existiert ein klarer Zusammenhang mit der Dosis (2 Dosen >> als 1 Dosis).

**2 c.** Die Daten belegen eindeutig einen Sexualdimorphismus (80-95 % männlich, insbesondere nach 2 Dosen).

**2 d.** Die Daten belegen eine extreme Häufung in der Alterskategorie 16-24 Jahre, die Dunkelziffer (nicht gemeldete Fälle) ist nicht bekannt; die Häufigkeit von subklinischen (sowie komplett asymptomatischen) Myopericarditis-Fällen ist unbekannt.

**Abschnitt 3. Hat Science am 1.Juni 2021 falsche Zahlen publiziert und könnte man die Häufigkeit von einem Myocarditis-Ereignis auf Tausend Geimpfte einer Altersgruppe ableiten?**

Meine im Schreiben vom 22. September 2021 an Magnifizenz geschätzte Häufigkeit von 1 Fall von Myocarditis (symptomatisch plus asymptomatisch plus subklinisch) auf 1000 mRNA Injektionen in der bekannten Altersklasse junger Männer wird gestützt von einer Mitteilung von Vogel und Couzin-Frankel (5) in Science vom 1. Juni 2021: "The COVID-19 vaccine made by Pfizer and BioNTech appears to put young men at elevated risk of developing a heart muscle inflammation called myocarditis, researchers in Israel say. In a report submitted today to the Israeli Ministry of Health, they conclude that between one in 3000 and one in 6000 men ages 16 to 24 who received the vaccine developed the rare condition. But most cases were mild and resolved within a few weeks, which is typical for myocarditis. Update, 1 June 2021, 4.55 PM: Text has been added to this story about two reported fatal cases of myocarditis; the expert panel said investigations of those cases were inconclusive".

Zur Frage der Häufigkeit von asymptomatischen (subklinischen) Myocarditis Fällen sind die Daten der Big Ten COVID-19 Cardiac Registry (6) hilfreich. In dieser Studie der Prävalenz symptomatischer und subklinischer Myocarditis bei Athleten nach COVID-19 (6), hatten von insgesamt 37 Fällen nur 5 Fälle Herzbeschwerden, die zu einem Arztbesuch oder zur Notaufnahme geführt hätten. Zitat:

**„Results**

Representing 13 universities, cardiovascular testing was performed in 1597 athletes (964 men [60.4%]). Thirtyseven (including 27 men) were diagnosed with COVID-19 myocarditis (overall 2.3%; range per program, 0%- 7.6%); 9 had clinical myocarditis and 28 had subclinical myocarditis. If cardiac testing was based on cardiac symptoms alone, only 5 athletes would have been detected (detected prevalence, 0.31%). Cardiac magnetic resonance imaging for all athletes yielded a 7.4-fold increase in detection of myocarditis (clinical and subclinical). Follow-up CMR imaging performed in 27 (73.0%) demonstrated resolution of T2 elevation in all (100%) and late gadolinium enhancement in 11 (40.7%).

**Conclusions and Relevance**

In this cohort study of 1597 US competitive athletes with CMR screening after COVID-19 infection, 37 athletes (2.3%) were diagnosed with clinical and subclinical myocarditis. Variability was observed in prevalence across universities, and testing protocols were closely tied to the detection of myocarditis. Variable ascertainment and unknown implications of CMR findings underscore the need for standardized timing and interpretation of cardiac testing. These unique CMR imaging data provide a more complete understanding of the prevalence of clinical and subclinical myocarditis in college athletes after COVID-19 infection. The role of CMR in routine screening for athletes safe return to play should be explored further."

Im Abschnitt 4 werden Hypothesen für Myocarditis nach Spike-mRNA Injektion vorgestellt. Akzeptiert man die „Spike Hypothese" **(4a)**, ergibt sich eine X-fache (Faktor 5 bis 7) höhere Zahl von

Geschädigten. In Tabelle 3b des PHO Reports waren 198.6 Männer/Million Dosen in der Altersklasse 18-24 Jahre für Moderna gemeldet. Diese Zahl, multipliziert mit X, ergibt eine Häufigkeit von Y Fällen auf 1000 Dosen, ohne Dunkelziffer der Meldungen. Treffen die in Science zitierten Zahlen aus Israel zu, wäre im Mittel mit 1 zu 3000/ X bis 6000/ X zu rechnen.

**Abschnitt 4. Toxische (Pathogene) Spikes, Lipid-Nanopartikel, mRNA oder falsche Injektionstechnik? 4 a Toxische Spikes?**

Manche Autoren vertreten die Ansicht, dass die Injektion von Spike-mRNA eine Art „Mimikry“ der COVID-19 Pathophysiologie darstellen könnte. Sowohl intakte Spikes als auch das Spaltprodukt S1 zirkulieren im Plasma (7) bzw. Serum (8). Zirkulierende Spikes wurden auch nach Vektor-basierten Vakzinen nachgewiesen (9). Spikes bzw. S1 binden mit hoher Affinität an ACE-2 Rezeptoren, wie für SARS-CoV 1(10) und später für SARS-CoV 2 (11) belegt. Ein Beispiel für die Organverteilung des ACE2 Rezeptors beim Menschen (12) ist in Abbildung 5 zu 4 sehen. Feingewebsverteilungen belegen hohe Dichten des ACE2 Rezeptors in kardialen Perizyten des Menschen und in den Endothelzellen der Kapillaren. Neben ACE 2 werden noch andere Bindungsstellen, z.B. der Toll-like Rezeptor 4 diskutiert (13).Die Wechselwirkung der Spikes oder von S1 mit den genannten Zellmembranrezeptoren führt zur Aktivierung von Signalketten, mit zum Teil deletären Folgen. Für ACE2 sei auf (14), (15), Abbildung 6 und Abbildung 7 verwiesen. Dermatologen (16) (17) (18) hatten früh zahlreiche Ähnlichkeiten der überaus bunten Hautnebenwirkungen von COVID-19 Patienten zu den mit Spike-mRNA injizierten Gesunden entdeckt, unterstützt durch Biopsien bzw. Untersuchungen von Geweben Verstorbener. In meinem Schreiben an Frau Dr. Janine Kimpel, welches auch dem Rektor am 4. September 2021 zuging, wurde auf diesen Abschnitt in der Publikation von Magro et al.(19) Bezug genommen. (Betonung durch mich):

“……. patients with severe COVID-19, including a previously reported patient who developed significant myocardial disease likely representing a small vessel vasculitic variant of myocarditis in the setting of severe COVID-19. 7 In addition, the amount of spike glycoprotein localized to the microvessels and the endothelial based cytokine response was similar to the two healthy adults who underwent deltoid biopsy after receiving the vaccine. There have been 226 cases of myocarditis or pericarditis in people aged 30 years and younger who have received an mRNA COVID-19 vaccine, occurring more commonly after the second dose and with a higher incidence occurring in male individuals. Symptoms include chest pain, elevated cardiac enzymes, ST- or T-wave changes, dyspnea, and abnormal echocardiography/imaging. The patients typically make a full recovery. 24 The myocardium is rich in ACE2 positive microvessels. **We have already demonstrated that human synthesized spike glycoprotein localizes to ACE2 positive vessels of the deeper dermis and fat. We would expect a similarly low level of localization to other organs in which the microvessels express ACE2 as does the heart. As T-cell and Bcell responses are invariably elicited to the human spike glycoprotein, some degree of inflammation could be occurring in the heart, reflective of the localization of the antigenic target.”**

**4b Lipid-Nano-Particle (LNP)?**

Hierzu wurden von mir keine relevanten Publikationen außer Verteilungsstudien und Verweildauer der Lipide in Tierexperimenten gefunden. Auf bestimmte Lipidbestandteile der LNPs sind akute Reaktionen denkbar, scheinen aber wegen der in Abschnitt 2 typischen Besonderheiten eher unwahrscheinlich.

**4c mRNA?**

Im Gegensatz zur Infektion mit SARS-CoV 2, die in den meisten Fällen zunächst die oberen Atemwege und in bestimmten schweren Fällen viele Organe betrifft (mit Nachweis von Pseudovirionen bzw. Spikes insbesondere an Endothelzellen), erfolgt nach Fusion mit LipidNano-Partikeln (LNP) die Produktion der Spikes in allen Zellen, die zur Proteinbiosynthese befähigt sind. Die Spike-mRNA von Moderna und PfizerBioNTech ist optimiert, um nicht von bestimmten Toll-like Rezeptoren erkannt zu werden. Das Spike Protein soll anschließend an die Zelloberfläche (Plasmamembran) gelangen und wird somit der Umgebung angeboten. Im Idealfall findet das Geschehen ausschließlich im injizierten Skelettmuskel statt. Das Moderna Präparat enthält 100 Microgramm Spike-mRNA, Pfizer/BioNTech nur 30 Mikrogramm, somit kann man nicht ausschließen, dass die Quantität der mRNA mit dem Myocarditis Geschehen nicht nur über die Menge an Spikes assoziiert sind. Beide Präparate enthalten kein Adjuvans.

**4d Falsche Injektionstechnik?**

Für Myopericarditis gibt es Beobachtungen aus einem Tiermodell (20). In dieser Studie, die „Potential conflicts of Interests“ der Autoren zur Pharmazeutischen Industrie offenlegt, werden Balb/c Mäuse entweder i.v. oder i.m. mit COVID-19 mRNA (BNT162b2, lot number 1B004A, BioNTech , Germany) und einer (sehr hohen) Dosis von 5 Mikrogramm Spike-mRNA injiziert. Obwohl bereits eine erste i.v. Injektion Myopericarditis auslöst, geht aus den Daten in Tabelle 1 hervor, dass auch eine erste i.m. Injektion nach einer Injektion nach 2 Tagen bei 33% der Versuchstiere zur Degeneration von Herzmuskelzellen führt. Nach i.v. Injektion waren es 61.5 %. Es ist ebenso wie bei den mRNA assoziierten Myokarditiden in den Behördenmeldungen eine klare Dosisabhängigkeit (2 Dosen führen zu massiven Schäden) zu beobachten.

**Fazit**

**1.**Myopericarditiden (insbesondere subklinisch, asymptomatisch) sind mit hoher Wahrscheinlichkeit häufiger als die berichteten Fälle symptomatischer Patienten in den offiziellen Statistiken der Behörden. Aus Tierversuchen wird versehentliche intravenöse Injektion als mögliche Ursache genannt, ggf. mit pathologischem Spikemechanismus. Ob die eindeutige Abhängigkeit von der 2**.** Dosis auf noch nicht abgeheilte Schädigungen hinweist oder durch immunologische Reaktionen bedingt ist, müsste ebenso geklärt werden wie die als Ursache vermutete höhere Kapillardichte des Herzmuskels bei jungen Männern im Vergleich zu Frauen. Die Myopericarditis ist mit großer Sicherheit ein Klasseneffekt beider mRNA Impfstoffe. Diese unterscheiden sich lediglich in der Quantität der mRNA um den Faktor 3.3**.** Es erscheint möglich, dass der Grad der klinisch auffälligen, z.T. hospitalisierten Geimpften (und daher den Behörden gemeldeten) Fälle bei Moderna (z.B. Ontario Daten) deswegen höher ist, als bei Pfizer/BioNTech, weil das Verhältnis von asymptomatischen Schädigungen zu Fällen mitschwerer Symptomatik für Pfizer/BioNtech höher ist und ggf. bei dritter Injektion ebenso fatal wie nach Moderna mit einer Injektion.

**2.** In einer Studie von Pfizer/BioNtech (21) die nur einfach verblindet war(Probanden wussten, was sie erhielten; die Prüfärzte hingegen nicht), erhielt die Placebo (Kochsalz)-Gruppe anschließend zu etwa 90% das Verum (mRNA). Daher wird eine Langzeit Beobachtung – auch in Bezug auf kardiale Symptomatik – der beiden Gruppen (über Jahre hinweg) nicht möglich sein. Es ist vorstellbar, COVID-19 Genesene mit zweifach Geimpften der gefährdeten Gruppe mittels CMR und Biomarkern zu untersuchen.

**3.** Der Herzmuskel (Herzmuskelzellen) kann sich nicht regenerieren, es bleiben Narben zurück. Es gibt noch andere Organe (Gehirn, Niere, Nebennieren, Ovar, Testes etc.), die akut durch Spikes bzw. deren Bruchstücke oder durch immunologische Mechanismen Schädigungen erleiden können.

**4**.In meinem Schreiben vom 4. September 2021 an seine Magnifizenz Prof. Fleischhacker wies ich darauf hin, dass eine „Pandemie“ der Geimpften (Studierende, Ärzte, Pflegepersonal) zu erwarten wäre. Dies scheint offensichtlich der Fall zu sein z.B. (22). Die Dosisabhängigkeit der Myocarditis (nach mRNA Injektion) würde bei COVID-19 Genesenen in der jetzt eindeutig identifizierten, gefährdeten Population ebenfalls zu einer erhöhten Schädigung des Herzens nach Injektion von Spike-mRNA führen.

**5**. Empfohlen wird allen Ärztinnen und Ärzten, aber auch insbesondere jungen, männlichen Studierenden, diesen (wissenschaftlich sehr vereinfachten) Kommentar sowie die zitierten Publikationen zu lesen und dann ihre Entscheidungen zu treffen.

**Referenzen**

1. Kafil T, Lamacie MM, Chenier S, Taggart H, Ghosh N, Dick A, et al. mRNA COVID-19 Vaccination and Development of CMR-confirmed Myopericarditis. 2021;21262182.

2. Gal-Oz ST, Shay T. Immune Sexual Dimorphism: Connecting the Dots. Physiology [Internet]. 2021 Sep 13; Available from: https://doi.org/10.1152/physiol.00006.2021

3. Ontario PH. Myocarditis and Pericarditis Following Vaccination with COVID-19 mRNA Vaccines in Ontario : December 13 , 2020 to August 7 , 2021. 2021;1–18.

4. Su JR. Myopericarditis following COVID-19 vaccination: Updates from the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) [Internet]. 2021. Available from: https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-08-30/03-COVID-Su-508.pdf

5. Vogel G. Israel reports link between rare cases of heart inflammation and COVID-19 vaccination in young men. Science (80- ) [Internet]. 2021 Jun 1; Available from: https://www.sciencemag.org/news/2021/06/israel-reports-link-between-rare-cases-heartinflammation-and-covid-19-vaccination

6. Daniels CJ, Rajpal S, Greenshields JT, Rosenthal GL, Chung EH, Terrin M, et al. Prevalence of Clinical and Subclinical Myocarditis in Competitive Athletes With Recent SARS-CoV-2 Infection. JAMA Cardiol [Internet]. 2021 Sep 1;6(9):1078. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2780548

7. Ogata AF, Cheng C-A, Desjardins M, Senussi Y, Sherman AC, Powell M, et al. Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients. Clin Infect Dis [Internet]. 2021 May 20;53(1):151–

9. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2020.1840620 8. Cognetti JS, Miller BL. Monitoring Serum Spike Protein with Disposable Photonic Biosensors Following SARS-CoV-2 Vaccination. Sensors [Internet]. 2021 Aug 31;21(17):10. Available from: https://www.mdpi.com/1424-8220/21/17/5857 9. Michele M De, Piscopo P, Rivabene R, Leopizzi M, Teresa M, Mascio D. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and spike protein. 2021;1–8.

10. Kuba K, Imai Y, Rao S, Gao H, Guo F, Guan B, et al. A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. Nat Med. 2005;11(8):875–9.

11. Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARSCoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. Intensive Care Med [Internet]. 2020;46(4):586–90. Available from: https://doi.org/10.1007/s00134-020-05985-9

12. Chen L, Li X, Chen M, Feng Y, Xiong C. The ACE2 expression in human heart indicates new potential mechanism of heart injury among patients infected with SARS-CoV-2. Cardiovasc Res. 2020;116(6):1097–100.

13. Steven G. Negron1,# , Chase W. Kessinger1,# , Bing Xu1 , William T. Pu2 and ZL. Selectively expressing SARS-CoV-2 Spike protein S1 subunit in cardiomyocytes induces cardiac hypertrophy in mice [Internet]. Vol. 1. 2021. Available from: https://doi.org/10.1101/2021.06.20.448993 ;

14. Suzuki YJ, Gychka SG. Sars-cov-2 spike protein elicits cell signaling in human host cells: Implications for possible consequences of covid-19 vaccines. Vaccines. 2021;9(1):1–8.

15. Lehmann KJ, Lehmann KJ. Suspected Cardiovascular Side Effects of Two COVID-19 Vaccines. 2021;10(5):1–6. Available from: https://www.iomcworld.org/articles/suspected-cardiovascular-sideeffects-of-two-covid19-vaccines.pdf

16. Magro C, Nuovo G, Mulvey JJ, Laurence J, Harp J, Crowson AN. The skin as a critical window in unveiling the pathophysiologic principles of COVID-19. Clin Dermatol [Internet]. 2021;(xxxx). Available from: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2021.07.001

17. Nuovo GJ, Magro C, Shaffer T, Awad H, Suster D, Mikhail S, et al. Endothelial cell damage is the central part of COVID-19 and a mouse model induced by injection of the S1 subunit of the spike protein. Ann Diagn Pathol [Internet]. 2021;51(December 2020):151682. Available from: https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2020.151682

18. Magro CM, Mulvey J, Kubiak J, Mikhail S, Suster D, Crowson AN, et al. Severe COVID-19: A multifaceted viral vasculopathy syndrome. Ann Diagn Pathol [Internet]. 2021;50:151645. Available from: https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2020.151645

19. Magro C, Crowson AN, Franks L, Rouhani PS, Whelan P, Nuovo G. The histologic and molecular correlates of COVID-19 vaccine-induced changes in the skin. Clin Dermatol [Internet]. 2021;(xxxx). Available from: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2021.07.011

20. Li C, Chen Y, Zhao Y, Lung DC, Ye Z, Song W, et al. Intravenous Injection of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) mRNA Vaccine Can Induce Acute Myopericarditis in Mouse Model. Clin Infect Dis [Internet]. 2021 Aug 18;1–35. Available from: https://academic.oup.com/cid/advance-

**Einmal Spikes-für immer Spikes**

Mich hat ein gesundes Misstrauen als Pharmakologe nicht verlassen - insbesondere erstaunten mich Aussagen über Risiken und Nebenwirkungen der mRNA Injektionen, der Gefährlichkeit einer COVID-19 Infektion für Jugendliche unter 18 Jahren, das Fehlen jeglicher Hinweise, wie man sich vor viralen Infektionen schützen kann (Povidon-Iod Gurgeln und Nasenspray mit Iota -Carrageenan) und vieles andere mehr. Insbesondere fehlte es auch an Aufklärung, was eigentlich im Organismus des Menschen passiert, wo und wieviel vom potentiell toxischen Spike Protein produziert wird und welche möglichen Folgen dies hat.

**Das Spike Protein ist potentiell toxisch**

Seit SARS-CoV (und später MERS) und insbesondere seit Auftreten von SARS-CoV 2 hat man sich mit den Mechanismen des "Andockens“ „Eindringens“ und dem Auslösen der klinischen Symptomatik dieser Viren über "Rezeptoren" in Zellen des Menschen beschäftigt. Es ist eindeutig bewiesen, dass die auf der Oberfläche des Virions herausragenden Spike Proteine („Corona") für das Eindringen und die klinische Symptomatik essentiell sind. Das Spike Protein von SARS-CoV 2 lässt sich funktionell in 2 Abschnitte unterteilen: S1 (trägt die Bindedomäne, abgekürzt mit RBD = „receptor binding domain“) und S2.S2 ist für das Verschmelzen der Lipidmembran des Virions mit der jeweiligen Zelle (an die angedockt wurde) verantwortlich. Beide Domänen werden von der „berühmten“ Furin

Domäne überbrückt. Furin ist eine nahezu überall vorkommende Protease, die ebenso wie eine andere Protease nach Andocken S1 freisetzt. S1 schwimmt im Plasma und löst einen essentiellen Teil der klinischen Symptomatik aus. Das Spike Protein ist einzigartig konstruiert:

1. Untersucht man die Ähnlichkeit von „Epitopen“ (Abschnitte von jeweils 6-7 aufeinander folgende Aminosäuren) mit Proteinen des Menschen, findet man eine nahezu 80% ige Übereinstimmung. Damit fällt es dem „angeborenen“ Immunsystem schwer, sich gegen den „Eindringling“ zu wehren – andererseits verbirgt sich dahinter auch die mögliche Gefahr von Autoimmunerkrankungen.

2. Die RBD ist so gestaltet, dass diese optimal an ACE2 des Menschen bindet - Mäuse (soweit nicht humanisiert für ACE2) sind quasi unempfindlich gegen S1 toxische Wirkungen, die über ACE2 vermittelt werden.

3. Verstreut über die Oberfläche des Spike Proteins sind Bereiche (Aminosäure-Sequenzen), die stark positiv geladen sind und damit auch ein Andocken an andere „Rezeptoren“ (z.B. Riechrezeptoren der Nase) ermöglicht.

**2. Der Rezeptor für die RBD: „Angiotensin Converting Enzyme 2“,**

ACE2. ACE2 ist ein fast ubiquitär auf Endothelzellen der kleinsten Blutgefäße vorkommende Protease (Peptidase), die eine essentielle Rolle in der Regulation des Blutdrucks sowie des Kalium- und Natrium-Haushaltes (Renin - Angiotensin- Aldosteron-System, RAAS) u.v.a. spielt. Interessanterweise findet sich ACE2 auch auf bestimmten - in der Immunabwehr fungierenden - Blutzellen (klassische Monozyten), auf der Zunge und auf Darmepithelien. Die Gewebs- (aber nicht Feingewebs-)Verteilung beim Menschen ist in Abb.5, Seite 5 in Spitze des Eisbergs: Teil 1 zu sehen. Bindet S1 an ACE2 so wird der Komplex in das Zellinnere aufgenommen , ACE2 aus dem Verkehr gezogen und das vorher gesunde Gleichgewicht im RAAS im Organismus verschoben. Es kommt aber auch zu einer Aktivierung von intrazellulären Signalwegen der Endothelzellen und zu Folgeprozessen, Angriffen von Immunzellen, etc. Dieses entzündliche Geschehen wird als „Endothelitis“ bezeichnet und geht einher mit erhöhter Blutgerinnung, die bis zur Thrombose führen kann. Diese Schädigungen sind durch Obduktionen von an COVID-19 Verstorbenen gut dokumentiert.

Andere Rezeptoren außer ACE2 werden diskutiert, diese sollten aber als Co-oder HilfsRezeptoren bezeichnet werden. Der Toll-like Rezeptor 4 (TLR4) ist ein wichtiger Angriffspunkt von S1: er wird aktiviert und kann ebenso wie ACE2 zusammen mit dem Spike bzw. S1 in Zellen aufgenommen werden.

**3. Was passiert nach mRNA Injektion im Tierversuch und im Menschen?**

a) Tierversuche in der Maus Die laienhafte Vorstellung, dass nach mRNA Injektion und Fusion der Lipid-Nano-Partikel (LNPs) Muskelzellen auf ihrer Oberfläche Spikes produzieren, die von Zellen des angeborenen Immunsystems erkannt (und anschließend vernichtet werden) ist widerlegt- nicht nur im Tierversuch, sondern (Abschnitt b) auch beim Menschen.

Die LNPs haben einen Durchmesser von ca. 100 Nanometer, sind also etwa so groß wie ein SARS-Cov2 Virus.

Injiziert man die Pfizer/BioNtech mRNA einer Maus intravenös, so können die LNPs in die während der Diastole (Erschlaffung) relativ weiten Einstülpungen der Membran der Kardiomyozyten (T-Tubuli ) eindringen - aber bei der Kontraktion (Systole) diese nicht mehr verlassen: Es findet eine Anreicherung im Herzmuskel statt, das Spike Protein wird als "Fremd" erkannt und die Herzmuskelzellen vernichtet: (Peri)Myokarditis. oder Myoperikarditis.

Bemerkenswert ist auch, dass die mRNA auch im Herzmuskel gefunden wird, wenn das Präparat intramuskulär (i.m.) injiziert wird. Offensichtlich bleiben die LNPs nicht im Skelettmuskel, sondern wandern über Lymphe und Venen in die allgemeine Zirkulation. Besonders wichtig ist der Befund, dass die nach i.m. Injektion gebildeten Spikes nicht in Skelettmuskelzellen, sondern in Zellen des Immunsystems zu finden sind. Es sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sog. Dendritische Zellen des angeborenen Immunsystems darunter, die Partikel, wie LNPs durch Makropinozytose aufnehmen und eine extrem aktive Fähigkeit haben, mRNA in Protein zu "translatieren "

b) Beim Menschen

Im Plasma sind zirkulierende Spikes, S1 Bruchstücke und Spikes, zirkulierend in „Exosomen“, beim Menschen nachgewiesen. Offensichtlich wird in noch unbekannten Regionen des Menschen die Spike Produktion aufrechterhalten (eher unwahrscheinlich) oder die Spikes werden aus einem Reservoir (zusammen mit Antikörper?) in Exosomen oder Iccosomen freigesetzt. Bei einzelnen Probanden waren Spikes in „Exosomen“ noch 4 Monate postInjektion nachzuweisen. Ebenso wie die Herkunft („Absende Adresse“) der „Exosomen“ unbekannt ist, weiß man nicht, wo sie landen. Wenn man diese „Exosomen“ aus dem Probanden Plasma isoliert und in Mäuse injiziert, entwickeln diese Antikörper gegen das Spike Protein. Es ist auch wahrscheinlich, dass im Blut zirkulierend klassische Monozyten über ACE2 (und TLR4) das toxische Prinzip Spike aufnehmen und als Folge ihr Sekretionsmuster von Interleukinen und Chemokinen in Richtung „Inflammation“ ändern. Dies ist experimentell von mehreren Arbeitsgruppen belegt. Persistierende Spike Proteine in Monozyten mit vermehrter Sekretion von Entzündungs-Mediatoren findet man bei Long-Covid (also nach Infektion). Diese sind aber nach jeder „Überschwemmung“ mit Spike mRNA Injektion zu erwarten.

**3. Die Mimikry Hypothese der unerwünschten Wirkungen der Spike-Protein produzierenden Arzneimittel**

Dermatologen, die ähnliche Haut -Symptome bei COVID-19 Erkrankten und mRNA Injizierten beobachteten, prägten den Begriff „Covid-19 Mimikry“. Mit anderen Worten: Es wird der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben. Gestützt auf experimentelle Daten kann man vorhersagen: Herzinfarkte, Schlaganfälle, Störungen der Blutgerinnung, Thrombosen, Zeichen einer chronischen Inflammation- mit Erhöhung von Interleukin 6 und TNF alpha, Sehstörungen („micro-vessel-disease“, Endothelitis) bis hin zur Blindheit, „BrainFog,“ „mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit, Blutdruckveränderungen, gestörte Blutzucker-Regulation, gestörter Mineral-Haushalt, etc. etc. Die in den PharmakovigilanzDatenbanken auftauchenden "Signale" belegen zeitliche Assoziation mit der Injektion von Spike mRNA und wurden bislang bei keiner anderen Impfung in dieser bunten Vielfalt beobachtet.

**4. Einmal Spikes - für immer Spikes**

Bedenkt man die von Politikern geforderte, in Abständen von (wie jetzt in UK) 3 Monaten (!) verpflichtenden „Booster“ Injektionen, kann man nur eine Schlussfolgerung für die unter Zwang Injizierten ziehen: „Einmal Spikes-für immer Spikes! “

Em. O. Univ. Prof. Dr. med. Hartmut Glossmann, FA für Pharmakologie (Klinische Pharmakologie), Institut für Biochemische Pharmakologie, Medizinische Universität Innsbruck.

---

# SKIZZE EXIT-STRATEGIE: „MIT DEM VIRUS LEBEN LERNEN“

Stand: 04.01.2022, Positionspapier. Kontakt: martin.sprenger@medunigraz.at

## DAS GESETZ ZUR IMPFPFLICHT ZURÜCKZIEHEN ...

Das Bundesgesetz zur Impfpflicht gegen COVID-19[1] ist ein massiver Eingriff in die österreichische Gesellschaft. Deshalb sollten alle medizinischen, juridischen, ethischen und andere Gegenargumente ernst genommen und berücksichtigt werden. Im Folgenden werden die Wichtigsten angeführt:

**MEDIZINISCHE GEGENARGUMENTE:**
Die Impfung gegen SARS-CoV-2 **führt zu keiner sterilen Immunität.**[2] SARS-CoV-2 **lässt sich** auch mit einer Impfung **nicht eliminieren**, sondern **bleibt endemisch.**[3] SARS-CoV-2 **mutiert regelmäßig**[4] und **kennt viele Wirte.**[5] Die **neuen Varianten** von SARS-CoV-2 **sind infektiöser aber weniger pathogen.**[6] Eine Infektion verläuft **bei jungen Menschen großteils asymptomatisch oder mild.**[7] Von einem schweren Verlauf gefährdet sind **exakt definierbare Risikogruppen.**[8] Hohe Impfquoten sind vor allem in diesen Gruppen erforderlich.[9] Die **Anzahl der genesenen und reinfizierten Personen ist unklar.**[10]

**JURIDISCHE GEGENARGUMENTE:**
Die **Verhältnismäßigkeit** des Gesetzes ist **nicht gegeben** und es verstößt evtl. auch gegen EU-Recht.[11] Es wurden **Tausende Stellungnahmen** eingereicht, die berücksichtigt werden müssen.[12] Die verordneten **Impffristen sind willkürlich** festgelegt und bilden die Komplexität der Kombination von mehreren Impfstoffen mit Infektionen und Re-Infektionen nicht wissensbasiert ab.[13] **2022 könnten tausende Strafverfahren drohen**, die staatliche Strukturen lähmen und enorme Kosten verursachen.[14]

**ETHISCHE GEGENARGUMENTE:**
Alle **Impfstoffe** sind **nur bedingt für den Markt zugelassen.**[15] Das **Nutzen-/Risikoprofil für junge gesunde Menschen ist unklar.**[16] Die gemeldeten **Nebenwirkungen sind deutlich häufiger** als bei allen anderen zugelassenen Impfstoffen und Arzneimitteln.[17] Österreich verstößt mit der geplanten Impfpflicht gegen die im April 2021 getätigte ethische Empfehlung der WHO.[18]

**SONSTIGE GEGENARGUMENTE:**
Alle **gelinderen Mittel wurden nicht ausgeschöpft.**[19] [20] Es gibt **keinen wissenschaftlichen Beleg**, dass eine Impfpflicht erfolgreich sein wird.[21] Eine **Impfpflicht am Ende der Virensaison macht epidemiologisch wenig Sinn.**[22] Eine Impfpflicht hat **unerwünschte Effekte**, wie z.B. den Vertrauensverlust in Behörden und Regierung,[23] die Vernachlässigung anderer Impfungen[24] oder den negativen Einfluss auf den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft. Die **Konformität mit der DSGVO** (Datenschutz-Grundverordnung) ist **an mehreren Stellen nicht gegeben.**[25]

Aufgrund der vielen Gegenargumente ist absehbar, dass der vorliegende Gesetzestext einer verfassungsrechtlichen Überprüfung nicht standhalten wird. Deshalb sollte der **Gesetzesantrag zurückgezogen werden**. Das könnte folgendermaßen argumentiert werden:

> Der Antrag zum Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 wird aus folgenden Gründen zurückgezogen:
>
> 1. Die **Tausenden Stellungnahmen** bedürfen einer umfassenden wissenschaftlichen und rechtlichen Überprüfung. Dafür werden mehrere Wochen benötigt.
> 2. Die neue Variante von **SARS-CoV-2 „Omikron“** erfordert eine Re-Evaluierung **ob eine Impfpflicht überhaupt sinnvoll und verhältnismäßig** ist.
> 3. Eine Impfpflicht würde erst am Ende der diesjährigen Virensaison wirksam. Deshalb wird der **Fokus auf die Virensaison 2022/2023 gelegt**.

# Rede von Prof. Dr. Dr. Christian Schubert bei der Demonstration am Landhausplatz Innsbruck

pfm Innenpolitik 10. Januar 2022 10 Minutes

**Die Demonstrationen und Kundgebungen gegen Impfzwang, Impflicht, 1G, 2G, FFP2-Maskenpflicht im Freien und andere totalitäre, medizinisch schädliche Maßnahmen und die Apartheid-Politik gehen in Österreich, Deutschland und vielen anderen Ländern weltweit immer stärker voran. Gestern hatte ich Gelegenheit einer Live Übertragung der Kundgebung vor der Demonstration in Innsbruck zuzuhören und zuzuschauen. Der eindeutige Höhepunkt war die Rede von Christian Schubert.**

*Von Peter F. Mayer*

Die MedUni Innsbruck hat eine Reihe hervorragender Wissenschaftler, die seit Anfang 2020 eine Reihe von besonders wichtigen Beiträgen zum Verständnis der epidemiologischen und immunologischen Zusammenhänge geliefert haben. Besonders zu nennen die sehr früh durchgeführte Studie in Ischgl, die eine Durchseuchung von 42% der Bevölkerung („85 Prozent der Infizierten haben nichts davon bemerkt“) gezeigt hat.

Danach wurden viele Nachweise dauerhafter Immunität durch Antikörper erbracht, wie hier, hier, hier oder diese hier über die T-Zell-Immunität bei leichten Verläufen und einige andere ausgezeichnete Studien. Nicht zu vergessen auch die Beiträge der emeritierten Professoren Schönitzer und Glossmann zum Impfpflichtgesetz.

Besonders interessante Beiträge kamen von Christian Schubert, denn sein Fachgebiet die Psychoneuroimmunologie, deckt nicht nur den ganzen Mensch ab, sondern erfasst ihn und den Schutz gegen Krankheiten auch im Rahmen des Kollektivs, der Gesellschaft. Am Ende des Artikels finden sich einige Links dazu.

Die Rede auf der Demonstration ist ein weiterer Höhepunkt und behandelt umfassend das, was derzeit so ziemlich in ganz Europa, in Österreich und natürlich besonders in Tirol passiert. Professor Schubert war so freundlich, uns sein Redemanuskript für die Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen.

# Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Demo-Rede, Landhausplatz Innsbruck, 09. 01. 2022:

Freiheit für Novak Djokovic! Ich verbeuge mich vor dem besten Tennisspieler der Welt! Möge er schnell aus seiner Einzelhaft entlassen werden. Eine Einzelhaft, in die er kam, weil er sich nicht gegen Corona impfen lassen will. Was für ein Verbrechen an dieser Person, was für ein Verbrechen an der Menschheit.

Ich begrüße Euch damit alle sehr herzlich! Bevor ich meine kurze Rede zur Wissenschaftlichkeit in der COVID-19-Krise an sich, zur Wissenschaftlichkeit von Wissenschaftlern und zur Verquickung zwischen Wissenschaft und Politik komme, muss ich leider wieder meine Standardsätze zum Schutz meiner Person sagen.

Ich spreche hier als Privatperson, weil mein Arbeitgeber, die Medizinische Universität Innsbruck (MUI), nicht mit meinen Äußerungen zur COVID-19-Krise in Verbindung gebracht werden möchte. Das ist schade. Ich bin seit fast 30 Jahren an der MUI angestellt und begeisterter Kliniker, Lehrer und Wissenschaftler in ihren und damit auch in Euren Diensten. Ich identifiziere mich mit meiner Universität und sehe in der freien wissenschaftlichen Meinungsäußerung einer der höchsten Güter einer demokratischen Gesellschaft. Kritisches Denken an den Universitäten ist so wichtig, um die menschlichen Werte zu schaffen, die eine Kultur prägen. Wenn einem also untersagt wird, als Mitarbeiter einer Universität öffentlich kritisch zu sein, dann ist das auch ein Zeichen der Un-Kultur in diesem Land, ein Zeichen der alten Normalität. Ich möchte dringend eine neue Kultur der

Menschlichkeit, des Respekts anderen Meinungen gegenüber und der Freiheit. Dafür spreche ich hier und heute.

Ich spreche weiterhin nicht für irgendeine Partei. Ehrlich gesagt hätte ich mir auch vor der COVID-19-Krise niemals vorstellen können, mit der FPÖ an einer gemeinsamen Veranstaltung zum Schutz von Minderheiten in diesem Land aufzutreten. Wie verdreht unsere derzeitige Polit-Welt doch ist. Aber es sind gerade die Parteien, die Gutmenschparteien, allen voran die Grünen und die SPÖ, die immer zum Schutz vor Minderheiten aufgerufen haben, die jetzt die Menschenrechte mit Füßen treten und alles dafür tun, dass Menschen gegen ihren Willen ihrem Körper etwas zufügen, nämlich regelmäßige Injektionen mit gentechnisch wirksamen Stoffen, von denen wir kaum wissen, ob sie überhaupt gegen die ständig neu auftretenden Mutanten des SARS-CoV-2 schützen, und – noch wichtiger -, wie sie wirken, also was sie im menschlichen Körper kurz- und langfristig anrichten. Von der türkis-schwarz-gelb-braun-Partei spreche ich gar nicht mehr.

## Wie konnte es zu all dem kommen?

Ich trete hier – wie gesagt – als Wissenschaftler auf und möchte zur Beantwortung dieser Frage etwas zur Wissenschaft allgemein und zur Wissenschaftlichkeit meiner Kollegen und Kolleginnen aus der Grundlagenforschung der Virologie/Epidemiologie/Immunologie im Speziellen sagen. In meinen Augen hat an aller erster Stelle die medizinische Wissenschaft in der COVID-19-Krise versagt. Sie hat den Menschen übersehen, ihn in seinen Berechnungen verloren. Menschen lassen sich nicht modellieren. Nur Maschinen.

Aber es begann eigentlich alles ganz verheißungsvoll. Nachdem erschreckende Bilder und Zahlen zur COVID-19-Pandemie den Erdball umkreisten und für weltweite Angst und Panik sorgten, wurden am 25. Juni 2020 die Daten der ersten Ischgl-Studie auf der Homepage der MUI veröffentlicht. Offensichtlich versuchte man mal zu überprüfen, ob das Ganze mit dem Killervirus auch wirklich stimmte. Ob also das Killervirus SARS-CoV-2 imstande war, wenn es ungezügelt wütete, die Menschen, ob jung oder alt, wirklich alle so schwer erkranken zu lassen, ja sie gar im großen Stil zu töten. Und dafür wählte man einen Hotspot in Österreich, der laut Recherche des SPIEGEL-Magazins für die weltweite Verbreitung von COVID nicht unwesentlich war: Nämlich Ischgl.

Ich möchte betonen, dass wissenschaftlich gesehen, mit der Ischgl-Studie das einzig Richtige gemacht wurde: Man ging als Forscher hinaus zu Menschen und bestimmte deren Immunaktivität gegen SARS-CoV-2, im wirklichen Leben, unter natürlichen Bedingungen des Lebens und nicht unter künstlichen Laborbedingungen. Und das Ergebnis dieser Studie war eindeutig. Im Zuge der ersten Monate der COVID-19-Pandemie waren bis zu 42% der Ischgler mit SARS-CoV-2 in Kontakt gekommen. Prof. von Laer, die Direktorin des Instituts für Virologie an der MUI, im O-Ton: *„Auch wenn damit nicht von einer Herdenimmunität auszugehen ist, dürfte die Ischgler Bevölkerung doch zu einem Gutteil geschützt sein“*. Lediglich neun Erwachsene unter den knapp 1.500 StudienteilnehmerInnen mussten im Krankenhaus behandelt werden. 2 Ischgler, alt und vorerkrankt, verstarben an COVID-19. Fürs Protokoll: Das sind 0,13 *Prozent*!

Einige Monate später, am 8. Feber 2021 konnte sogar weiter gezeigt werden, dass bei 801 ProbandInnen der ursprünglichen Studie immer noch 45,4 % Antikörper gegen SARS-CoV-2 aufwiesen, also die COVID-19-Infektion mit oder ohne Symptome durchgemacht hatten. Prof. von Laer meinte damals: *„Trotz leichtem Rückgang der Antikörperkonzentration im Vergleich zur ersten Studie können wir damit von einer relativ stabilen Immunität sprechen“*. Mit diesen ersten Studien steuerte die MUI wesentliche Erkenntnisse dazu bei, dass SARS-CoV-2 kein Killervirus ist und das Immunsystem normaler Menschen offensichtlich recht gut mit diesem Virus umgeht. Und diese Ergebnisse wurden auch in anderen Gegenden der Welt gefunden. Also Ischgl ist kein kleines Dorf im kleinen Österreich, wo sich COVID anders verhält wie in der großen weiten Welt. Da können wir als Tiroler stolz sein. Unsere Med-Uni hat also diese ersten so wichtigen Ergebnisse veröffentlicht. Naja, nicht *meine* Uni, darf ich ja nicht sagen, ich bin ja als Privatperson hier. Schade.

Aber warum erzähle ich Ihnen das? Weil ich mich frage, wie es dazu kommen konnte, wie dieselbe Prof. von Laer jetzt, nur einige Monate, nachdem ihre ersten Ergebnisse, nach denen SARS-CoV-2 kein Killervirus war und das Immunsystem der meisten Menschen offensichtlich stark genug war, damit umzugehen, Angst und Panik vor einem Killervirus verbreitet. 3G meinte sie am 25. November 2021 in der ORF-Sendung „Im Zentrum“ vor Millionen-Publikum würde bald *„geimpft“, „genesen“, „gestorben“* heißen. Und gegen Omikron – die Studienergebnissen zufolge zwar die infektiösere Variante von SARS-CoV-2 ist, die aber noch weniger Schaden anrichtet als die SARS-CoV-2-Varianten zuvor – sollte man sich unbedingt immer wieder impfen lassen, selbst wenn man genesen ist, weil das Immunsystem gegen das Virus schwächer reagieren würde. Sie sei sogar für eine 1G-Lösung, meinte sie einen Tag vor Weihnachten im Kurier. Jeder müsse gegen SARS-CoV-2 bzw. gegen dessen Varianten geimpft werden, alt und jung, genesen und nicht genesen, alle. Nichts anderes würde mehr zählen.

Woher diese Richtungsänderung? Traute man seinen eigenen ersten Ergebnissen nicht? Das kann ich mir beim besten Willen nicht vorstellen. Prof. von Laer ist eine renommierte Virologin, die MUI eine gewichtige Institution in der österreichischen Medizinforschung. Die Ergebnisse wurden auch anderswo bestätigt. Es kam nie zur immer wieder von Schulmedizin, Regierung und Medien heraufbeschworenen katastrophalen Killer-Pandemie, weder im Juni 2020 als *Shorty* noch von möglichen 100.000 COVID-Toten sprach, noch im Feber 2021, noch jetzt. Im Gegenteil. Die SARS-CoV-2-Pandemie verschwindet nun, die Kliniken sind entlastet, SARS-CoV-2 wird mit Omikron endemisch. Insgesamt sind in Tirol in den letzten beiden Jahren mit dem heutigen Tag 624 und in ganz Österreich 13.844 Personen gestorben. Die meisten mit teils schweren Vorerkrankungen und über 80 Jahre alt. So viele wie bei einer starken Grippe-Epidemie auch.

Passten etwa die ersten so wichtigen Ergebnisse aus Innsbruck nicht zum weltweit grassierenden Angst-Killervirus-Impf-Narrativ? Zeigten die Innsbruck-Ergebnisse doch zu deutlich, dass das Immunsystem der meisten Menschen stark genug war, mit SARS-CoV-2 gut umzugehen und eine dauerhafte Immunität zu entwickeln. Dieses „*Unser Immunsystem ist stark genug*„-Narrativ würde jedenfalls eines in den Hintergrund bringen:

Die Impfung für alle bzw. die Impf-Pflicht, die nun am 1. Feber 2022 allen Menschen in diesem Land droht. Ich möchte an dieser Stelle nicht über die Hintergründe der Richtungsänderung von Frau Prof. von Laer spekulieren. Das obliegt mir nicht, ich möchte ihr nicht zu nahetreten und auch nichts Unlauteres unterstellen. Vielleicht hat sie ja selbst Angst. Das wäre allzu menschlich. Und ich möchte an dieser Stelle klar herausstellen: Die meisten Virologen, Epidemiologen, Immunologen weltweit agieren ähnlich und machen unbegründet Angst. Aber wir leben hier in Tirol und daher wende ich mich als Privatperson an Sie, so wie das viele der hier versammelten Menschen tun würden, wenn sie die Gelegenheit dazu hätten.

Denn eines muss klar sein: Diese öffentlichen Meldungen einer renommierten Virologin machen etwas mit Millionen Menschen in Österreich. Sie halten die unbegründete Angst vor COVID aufrecht und schaden damit mit hoher Wahrscheinlichkeit der Gesundheit der Bevölkerung. Denn aus der Psychoneuroimmunologie wissen wir, dass Angst und Panik das Immunsystem der Bevölkerung schwächen. Dauerverängstigte Menschen weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentliche Immundefizite auf. Dauerstress hemmt exakt jene Immunfaktoren, die wir zur erfolgreichen Abwehr gegen Viren wie SARS-CoV-2 brauchen und Dauerstress verringert auch den Immunschutz nach einer Impfung bzw. lässt die Gefahr von Impfnebenwirkungen und -schäden ansteigen.

Wer Angst vor einem unsichtbaren Killervirus hat, der wünscht sich zudem nichts sehnlicher, als möglichst schnell von dieser Angst befreit zu werden, wieder ein normales Leben leben zu dürfen. Angst schreit damit förmlich nach einer möglichst schnellen Lösung. Wie der Impfung, die von Beginn der COVID-19-Krise als einzige von Schulmedizin, Regierung und Leitmedien propagiert wurde. Und Angst spaltet die Gesellschaft. Zum Beispiel in jene, die unbedingt wollen, dass sich alle impfen lassen, damit der Spuk endlich vorbei ist, und in jene, die keine Angst vor COVID haben und sich niemals gegen COVID impfen lassen würden. Wie ich zum Beispiel.

Ich hatte im Dezember des vergangenen Jahres COVID und mir geht es gut, ich bin wieder gesund, genesen wie es so schön heißt. Ich bin im Alter von 60 Jahre an COVID erkrankt, in einem guten gesundheitlichen Allgemeinzustand – körperlich und geistig, auch wenn Letzteres einige meiner Wissenschaftskollegen anzweifeln. Ich blieb zuhause im Bett und hatte Ärzte um mich herum, die erfahren sind und COVID als behandelbar ansahen. Die sich selbst nicht vor COVID fürchteten. Also eigentlich ganz normal mit einer Krankheit wie COVID umgingen. Ich hatte eine Lungenentzündung, habe 8 Kg Körpergewicht in 14 Tagen verloren. War also mittelschwer an COVID erkrankt. Meine behandelnden Ärzte haben ihren Job getan, mir zur rechten Zeit die richtigen Behandlungsratschläge gegeben. Sowie sie das tagtäglich mit einer Vielzahl anderer Erkrankungen auch tun. In einem reichen Land, das sich diese Ärzte für die Aufrechterhaltung der Volksgesundheit leisten kann.

Aber diese hervorragende ärztliche Betreuung ist mittlerweile zum Privileg geworden – zumindest für Ungeimpfte. Dank der Angst und Spaltung in unserem Land. Das geht soweit, dass Ärzte ungeimpfte COVID-Erkrankte nicht mehr behandeln wollen und damit

ihren als Ärzte geschworenen hippokratischen Eid verletzen. Sollen sie doch sterben, sie haben es verdient, weil sie sich nicht solidarisch verhalten.

Sehr geehrte Frau Prof. von Laer: Ich schätze Ihre so wichtigen ersten Studien zur Bedeutsamkeit des Immunsystems der Menschen im Kampf gegen COVID-19 so sehr. Sie haben gleich zu Beginn wissenschaftlich alles richtig gemacht und hätten so dafür sorgen können, dass zumindest dieses Land sich beruhigt und damit – wie die Psychoneuroimmunologie zeigt – immunologisch sogar noch besser aufgestellt ist, weil Beruhigung, Entspannung und Selbstwirksamkeit exakt jene Immunfaktoren stärkt, die gegen ein Virus wie SARS-CoV-2 nötig sind. Schweden zeigt das gerade so schön. Dort haben die verantwortlichen Kräfte des Gesundheitssystems von Beginn an auf Deeskalation der Angst und auf Steigerung der Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung im Umgang mit COVID gesetzt und haben nun im Vergleich zu Österreich und vielen Teilen der Welt COVID-Inzidenzen, die gegen Null gehen.

Frau Prof. von Laer, bitte hören Sie nun auf Angst zu schüren und Leitmedien wie der hiesigen Terror Times immer und immer wieder die Möglichkeit zu geben, die Bevölkerung zu verunsichern, ihnen Schuldige zu präsentieren und in die Spritze zu treiben – in das Impf-Abonnement und in die Impf-Pflicht. Die Impfpflicht ist ein Verstoß gegen das Grundgesetz, der die körperliche Unversehrtheit garantiert. Weil die sich derzeit am Markt befindlichen Injektionsstoffe gegen COVID nicht regulär zugelassen sind, sondern weiterhin experimentellen Charakter haben, handelt es sich auch um eine Missachtung des 1947 verabschiedeten Nürnberger Kodex. Es ist ein Verbrechen Menschen gegen COVID zu impfen, die keine Einsicht haben, was hier gerade passiert. Ich spreche dabei von unseren Kindern. Die Corona-Krise ist also längst keine gesundheitliche mehr, sondern eine gesellschaftliche. Dabei hält das Angst-Killervirus-Impf-Narrativ die Pandemie künstlich aufrecht und treibt die Menschen in die Impfpflicht. Demgegenüber ist das „Unser Immunsystem ist stark genug“-Narrativ die menschlichere Alternative, die das Vertrauen auf unsere natürlichen Abwehrkräfte stärkt. So eine Kultur will ich und keine andere.

Offener Brief von Gernot Blümel:

Sehr geehrte Damen und Herren!

Eine gesetzliche Impfpflicht mit den aktuellen Covid-19 Impfstoffen ist **STRIKTEST ABZULEHNEN!**

1. Die angepriesenen Impfstoffe haben sich nicht als die „Game Changer“ bewahrheitet, da sie weder vor einer Infektion schützen, noch vor einer Weitergabe des Virus.

2. Auch wenn dies immer verneint wird – die WHO Datenbank (vigiaccess.org) zeigt sehr wohl, dass es zu überdurchschnittlich häufigen Nebenwirkungen kommt (bereits jetzt mehr als 2 500 000 (2,5 Millionen!) erfasste Fälle innerhalb eines Jahres; genauso steigt die Übersterblichkeit in Österreich in besorgniserregendem Ausmaß seit Juni 2021 (Männer 0-64 +10%, Männer über 65 + 3,9%, Frauen 0-64 +6,2%, Frauen über 65 + 4,1%), die zumindest in einem zeitlichen Zusammenhang mit den zunehmenden Impfungen in Verbindung gebracht werden kann und dringendst untersucht werden muss! Ebenfalls auffällig ist, wie viele Sportler in den vergangenen Monaten „völlig unerwartet“ an Herzversagen verstorben sind – was offenkundig nur eine der Nebenwirkungen dieser Impfstoffe ist: Myokarditis (neben Schlaganfällen, etc.)

3. Von Anfang an ging es darum, vulnerable Gruppen zu schützen (Alte, Kranke, Immunsupprimierte, etc.). Fakt ist (Studie der Stanford University, USA, Juli 2021), dass folgende Altersgruppen diese Genesungsraten haben:

0-19: 99,9973%

20-29: 99,986%

30-39: 99,969%

40-49: 99,918%

50-59: 99,73%

60-69: 99,41%

70+: 97,6%

In welcher Relation soll also eine Impfung zur Pflicht werden, die mittlerweile kaum mehr Schutz bietet (vgl. Infektiologe Dr. Wenisch beim Impfgipfel: „Wir wissen mittlerweile, dass die Impfstoffe so schlecht sind, dass wir alle Monate impfen müssen.“), aber zu 100% Nebenwirkungen mit sich bringt? Die Pflicht ist abzulehnen.

4. In der „Great Barrington Declaration“ fordern bereits über 60 000 (!) Wissenschaftler und Ärzte ein sofortiges Ende der globalen Massen-Corona-Impfungen.

5. Bei den Impfstoffen handelt sich um BEDINGT ZUGELASSENE – Voraussetzung für die Zulassung ist, dass „es sich um eine bedrohliche Erkrankung handelt, für die es derzeit kein optimales Medikament gibt.“ (siehe www.ages.at)

Medikamente stehen nun kurz vor der Auslieferung und somit hat sich das Thema Impfpflicht ohnehin erledigt! Abgesehen davon, dass es sich um eine bei weitem weniger bedrohliche Erkrankung handelt, als angenommen bzw. kommuniziert wurde (siehe Genesungsraten).

6. Die Bundesregierung hat beim Management der Pandemie voll und ganz versagt, was die Stärkung des Gesundheitswesens betrifft (noch dazu noch mehr Betten und Personal abgebaut!) und auch in den Entscheidungen, was Lockdowns und generelle Maßnahmen betrifft, mit völlig falschen Zahlen gearbeitet (siehe unter anderem Kritik des Rechnungshofes vom September 2021).

Aus diesen und noch vielen Gründen mehr ist eine Impfpflicht kategorisch ABZULEHNEN!

Grüße,
Gernot Blümel

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/SNME/SNME_114840/index.shtm

---

- **Es gibt keinen epidemiologischen Grund für eine Impfpflicht.**
- **Die Möglichkeit einer zuverlässigen Prophylaxe gegen Infektion und zur Verhinderung schwerer Verläufe von Covid-19 macht jegliche Impfpflicht überflüssig, schädlich und unverhältnismäßig.**
- **Die Möglichkeit einer zuverlässigen Frühbehandlung von Covid-19 macht jegliche Impfpflicht überflüssig, schädlich und unverhältnismäßig.**
- **Die Impfung von bereits Immunen schädigt deren angeborenes Immunsystem ohne Nutzen zu bringen.**
- **Impflicht ist deshalb unverhältnismäßig, unethisch und unmoralisch.**
- **Das Risiko einer Impfung ist damit für alle unter 60 einfach zu hoch um es noch in Kauf nehmen zu können.**

**Neuartige mRNA-Gentherapie-Menschenversuche sind abzulehnen – der Nürnberger Kodex muss eingehalten werden**

**WIR FORDERN DEN RÜCKTRITT ALLER DIE EINEN IMPFZWANG ZUSTIMMEN!**

## Prävention & FRÜHBEHANDLUNGEN sind GAME-CHANGER!

Alles Folgende ist belegbar und evidenzbasiert.

Der **Großteil der Bevölkerung** in Österreich ist durch Covid **absolut NICHT gefährdet**. Diesen Großteil Zwangsimpfen zu lassen, ist an Absurdität kaum noch zu überbieten, allerdings, wenn man Genesene zwangsimpft, dann ist man noch absurder am Weg. In Österreich soll – ohne wirkliche Notwendigkeit – und ohne Evidenz ein experimenteller neuartiger bedingt zugelassener, schlecht wirksamer und gefährlicher mRNA-Gentherapie-Impfstoff unter Zwang und Strafandrohung sowie Erwerbsverbot gesetzlich verpflichtend eingeführt werden der gegen die medizinische und wissenschaftliche Evidenz, gegen die Nürnberger Kodex, gegen die ärztliche Aufklärungspflicht, gegen die ärztliche Ethik, gegen die Selbstbestimmung der Menschen ist, einen Eingriff in die Fürsorgepflichten der Eltern und einen Freiheitseingriff darstellt.

Die beabsichtigte Impfpflicht erfüllt **nicht** die Voraussetzungen der massiven Grundrechtseingriffe! Völlig unverhältnismäßig bei nicht vorhandener Bedrohungslage. Zudem können durch Prophylaxe und Frühbehandlung von Covid schwere Verläufe und Hospitalisierungen stark vermindert werden. Es sind zudem auch zahlreiche wirksame Behandlungsmethoden bekannt, die bei Covid bereits millionenfach wirksam angewendet wurden. Die Möglichkeiten einer zuverlässigen Prophylaxe gegen Infektion und Verhinderung schwerer Verläufe, die Möglichkeit einer zuverlässigen wirksamen Frühbehandlung machen jede Impfpflicht überflüssig, schädlich und unverhältnismäßig sowie unethisch und

unmoralisch. Eine Impfpflicht mit einem schlecht wirksamen gefährlichen Gentherapie-Impfstoff ist zudem völlig ungeeignet das angestrebte Ziel zu erreichen.

Es gibt zudem eine weit verbreitete Kreuz- und Grundimmunität. Es gibt keinen epidemiologischen Grund für eine Impfpflicht! Die Impfung von bereits Immunen, schädigt deren angeborenes Immunsystem. Die bereits durchgeführten experimentellen Impfungen haben in Österreich und Deutschland zu einer **Übersterblichkeit** geführt. Die angebliche „**beispiellose gesundheitliche Notlage" besteht längst nicht mehr**. Die Gefährdung von allen Menschen unter 60 entspricht die einer Grippe. Eine Impfpflicht wäre also eine Verabreichung eines Medikaments hinzunehmen, für das die klinische Studie noch nicht abgeschlossen ist. Ich halte das für eine klare Verletzung des Nürnberger Kodex. 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. Eine Impfpflicht mit experimentellen Impfstoffen ist sinnbefreit wenn sie keine sterile Immunität induzieren kann, keine ausreichende anhaltende Immunität auslösen kann, wo wir weder die Schutzdauer, die Schutzwirkung oder wo wir sagen können, welche Varianten abgedeckt wären und wie oft der Impfstoff angepasst werden muss.

Eine Impfpflicht ist für viele verantwortungsvolle Ärzte potentiell gefährlich und sicher nicht der erhoffte Ausweg aus der Krise. Bevor nicht alle Möglichkeiten einer Prophylaxe, einer Frühbehandlung bzw. ambulanten Behandlung ausgeschöpft wurden, kann eine Impfpflicht **nicht das gelindeste Mittel** sein. **Der Stand der Wissenschaft** rechtfertigt **in keinster Weise eine Impfpflicht.** Also: „Die Impfpflicht ist tatsächlich **ein Impfzwang der medizinisch wissenschaftlich und evidenzbasiert nicht argumentier bar ist.** Wer andere zur Impfung zwingt, nimmt billigend in Kauf, dass viele Menschen an Nebenwirkungen und an Impfschäden sterben werden. Impfzwang widerspricht jeder ärztlichen Ethik." Gerichtsmediziner Prof. Dr. Johann Missliwetz.

Österreichs Politiker **verstoßen** mit der geplanten Impfpflicht aber auch **gegen** die im April 2021 getätigte **Empfehlungen der WHO** sowie gegen das vom **Europäischen Gerichtshof** entschiedene **Verbot von Zwangsimpfungen** der Resolution 2361/2021 vom 27.01.21.

Eine Impfpflicht gegen COVID-19 in jeder Form **entbehrt jeder sachlichen Grundlage**! Wie Prof. Kollaritsch, der an sich ein glühender Verfechter der Impfungen ist, treffend zusammengefasst hat, ist eine **kollektive Immunität mit den COVID-Impfstoffen nicht erreichbar**. Er weist darauf hin, dass dazu die Impfstoffe nicht geeignet sind, dass sie nur dem Individualschutz dienen können und auch dies bei der Omikron-Variante fraglich ist.

Sämtliche sogenannten Impfstoffe sind nur bedingt zugelassen, weil die für eine reguläre Zulassung erforderlichen Nachweis für Sicherheit und Wirksamkeit nicht erbracht sind. Die Präparate befinden sich in Phase 3 der Erprobung. **Es ist untragbar, zwangsweise die Menschen einem solchen Experiment auszusetzen!**

Sie bieten keinen Schutz vor Weiterübertragung des Virus und auch der Individualschutz ist, wenn überhaupt, ist nur kurzfristig gegeben und vermag daher auch in dieser Form nicht das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen. **Damit gibt es keine sachliche**

**Rechtfertigung für eine Impfpflicht und auch nicht für eine Erhöhung der Durchimpfungsrate.**

Die bereits bekannten zahlreichen Nebenwirkungen, schwere und weitere Impfschäden sowie Impftoten sind beispielslos in der Medizingeschichte und wir sind Zeitzeugen des größten Arzneimittelskandals in der Menschheitsgeschichte.

Ein Impfzwang ist ein Übertreten der roten Linie! Wir werden unsere Selbstbestimmtheit und Freiheit nicht aufgeben! Wir entscheiden über unseren Körper selbst! Ich fordere alle Politiker die sich zum Impfzwang samt Strafandrohung bis Berufsverbot bekennen, auf, den Hut zu ziehen und zurück zu treten. Sie sind alle eine Gefahr für die Gesundheit der Menschen! Es reicht. Genug der Scharlatanerie! Raus aus dem Hohen Haus! (Klaus Schreiner)

---

NR Gerald Hauser - FPÖ: **Harvard Studie - kein Zusammenhang zwischen Impfquote u Neuinfektionen!** Siehe hier:
https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/3134969763454631

Gerald Hauser - FPÖ: **AGES - Hohe Impfdurchbrüche - Jetzt Vertuschung der Impfdurchbrüche!**
https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/251674943744403

NR Geralad Hauser - FPÖ: **CDC - Impfung kein Schutz aber Weitergabe möglich!**

https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/693523034967406

NR Gerald Hauser - FPÖ: **England - hohe Impfrate - hohe Infektionen**

Siehe hier: https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/637991920722961

[NR Gerald Hauser - FPÖ - **Plan B positiv Getestete sofort behandeln & vieles mehr**

Siehe hier: https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/917977549079156

NR Gerald Hauser - FPÖ: **Ärzteschreiben an "Ärztekammerpräsident" & einiges mehr**

Siehe hier: https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/675020713633763

NR Gerald Hauser - FPÖ - **Dänemark - 86,2 % geimpft und hohe Impfdurchbrüche!**
https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/1338819206573171

NR Geralad Hauser - FPÖ: **Nebenwirkungen & EMA - Pharmabraut ist Direktorin der EMA Frau Emer Cooke**
https://www.facebook.com/klaus.schreiner.13/videos/278375834183477

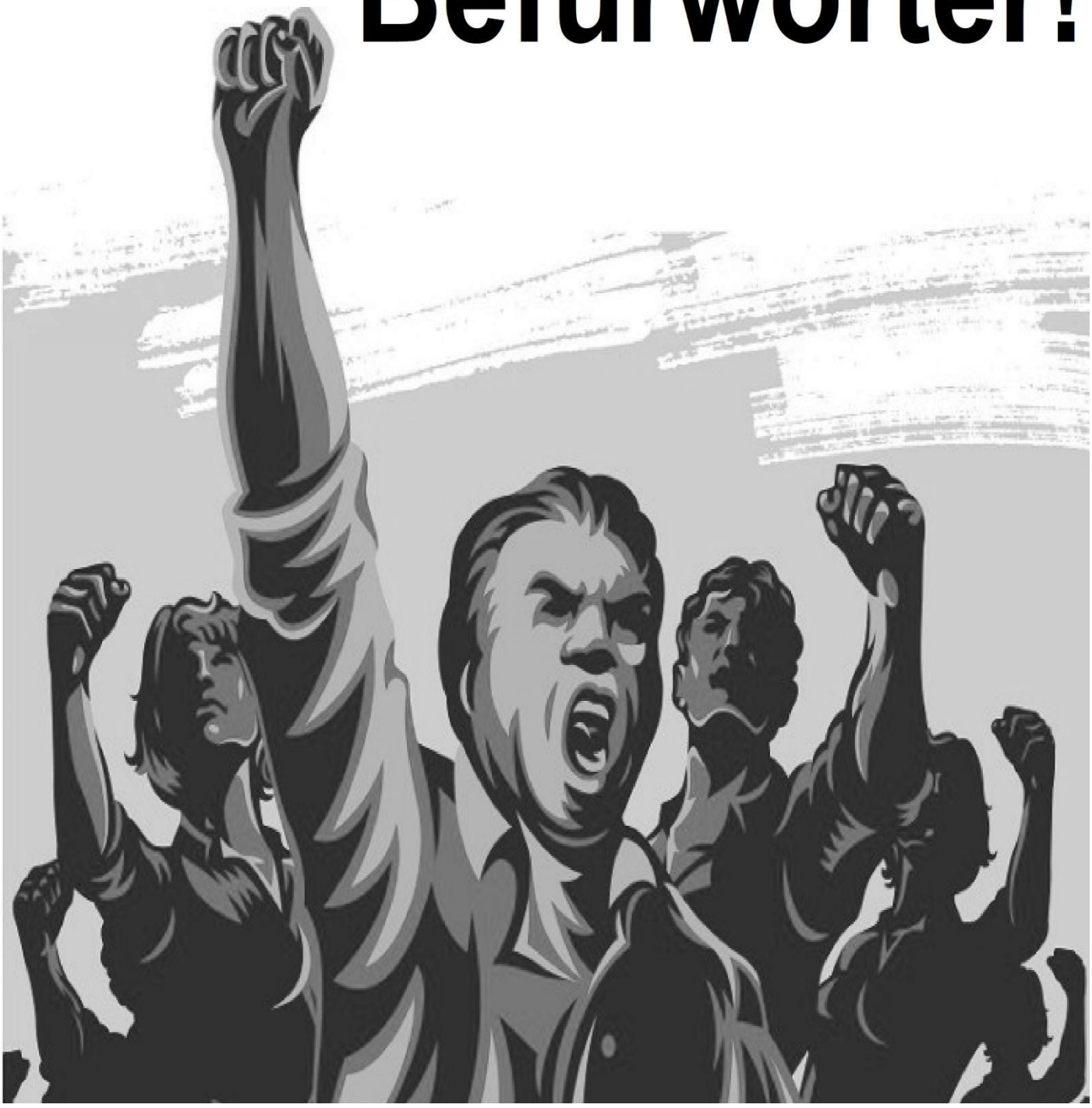
---

**Die Impfpflicht ist tatsächlich <u>ein Impfzwang der medizinisch wissenschaftlich und evidenzbasiert nicht argumentier bar ist.</u> Wer andere zu Impfung zwingt, nimmt billigend in Kauf, dass viele Menschen an Nebenwirkungen, an Impfschäden sterben werden. <u>Impfzwang widerspricht jeglicher ärztlicher Ethik.</u> Gerichtsmediziner Prof. Dr. Johann Missliwetz – Uni. Wien.**

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

# NEIN zum Impfzwang!

# Rücktritt aller Befürworter!



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

**Dipl. Pharmazeutin Kati Schepis: COVID-Impfstoffe sind UNWIRKSAM, UNSICHER, UNNÖTIG, haben schwere Impfschäden. Die Risikoreduktion beträgt lediglich 0,7 - 1,23 %! Statistische Trick bei Zulassung. Forderung: Aufhebung der Zulassungen!**

**EU: 1 Million gemeldete Impfschäden! 300.000 davon schwere! Das Spike Protein löst Thrombosen, Embolien, Schlaganfälle, Lähmungen, Herzkrankheiten hervor! Es gibt zudem eine sehr hohe Dunkelziffer! Mind. 17.000 Impftote!**

https://report24.news/universitaetsprofessor-mrna-substanzen-sind-keine-impfstoffe-impfzwang-ist-falsch/?fbclid=IwAR24DeMRzzkg-JRwRzyFDPuzt09lLrY8A8Dc6ZJ0TDuKgSCwOFpSqDZf_5U

- CORONA, GESUNDHEIT, WISSENSCHAFT

# Universitätsprofessor: mRNA-Substanzen sind keine Impfstoffe, Impfzwang ist falsch!

- 08. Januar 2022

**Symbolbild (C) Freepik**

**Der langjährige Vorstand des Zentralinistitutes für Bluttransfusion und immunologische Abteilung in Tirol überrascht mit einer fachlich präzisen Stellungnahme zu mRNA-Impfungen und dem geplanten Impfzwang in Österreich. Er erklärt, dass die "Impfungen" zu Zell- und Gewebezerstörungen führen und somit zu Thromben, Herz-, Lungen und Nierenschäden sowie einer Erschöpfung des Immunsystems führen.**

**Nachfolgend die Stellungnahme des Professors zum Impfzwanggesetz, abgerufen am 8. Jänner 2022 auf der Seite des Österreichischen Parlaments:**

**Sehr geehrte Damen und Herren!**

**Ich erlaube mir eine sachliche und fachbezogene Stellungnahme und einen Einspruch zur Einführung des für 1. Februar 2022 geplanten Covid-19-Impfpflichtgesetzes einzubringen. Meine Qualifikation für diesen Einspruch sehe ich wie folgt gerechtfertigt: Ich bin pensionierter Univ. Prof. der Universität Innsbruck und habe von 1968 bis 2005 am „Zentralinstitut für Bluttransfusion und immunologische Abteilung" (ein Landes-Primariat) zunächst als Assistenz Arzt, dann als geschäftsführender Oberarzt und schließlich 17 Jahre als Vorstand gearbeitet. Das zentrale Thema unserer Tagesarbeit war die immunologische Sicherstellung der Verträglichkeit der zu transfundierenden Blutzellen, insbesondere der roten Blutkörperchen und Blutplättchen sowie die Testung der Gewebsmerkmale für Organ- und Stammzell-Transplantationen.**

**Wichtig war die gewissenhafte Auswahl von Blutprodukten nach Blutgruppen sowie die Berücksichtigung von eventuell vorhandenen Antikörpern gegen diese Zellen. Im Bedarfsfall mussten auch Patienten mit autoimmun-hämolytischen Anämien transfusionsmäßig versorgt werden. Als Ursache für diese Erkrankungen kommt unter anderem die Verabreichung verschiedener Medikamente in Betracht, die zu einer Änderung der Oberfläche der Blutzellen Anlass geben können. Durch diese Veränderungen entstehen Neo-Antigene die vom Immunsystem des Patienten als fremd erkannt werden und zum Absterben dieser Blutzellen führen. Die zugrunde liegenden Abbaumechanismen gehören zum immunologischen Basiswissen der Ärzte und können durch Laboruntersuchungen im Detail bestätigt werden.**

## mRNA-Substanzen werden fälschlich als Impfstoffe bezeichnet

**Damit komme ich direkt zur Verabreichung von mRNA-haltigen Substanzen, die fälschlich als Impfstoffe oder auch Seren bezeichnet werden und nach Eindringen in die Blutbahn zunächst in die Gefäßwandzellen eindringen und nachfolgend an der Oberfläche der Gefäßwandzellen zur Ausbildung der Spike-Proteine führen. Diese Spikes fungieren**

**tatsächlich als Fremdantigen (ähnlich der medikamentös bedingten autoimmun-hämolytischen Anämie) und sollen zur Antikörperbildung und damit zur Immunität führen. Das Problem besteht jedoch darin, dass die Spikes zumindest eine gewisse Zeit, wahrscheinlich dauerhaft, an den körpereigenen Zellen anhaften und die aktivierten Killerzellen beziehungsweise Antikörper (falls die Impfung wirkt!) die mit Spikes fremd-markierten Zellen des Geimpften zerstören.**

## Booster verstärken Schadwirkung

**Folge ist eine immunologische Zell- und Gewebszerstörung bei den Geimpften Personen die zu den bekannten Thromboembolien, zur Zerstörung von Herzmuskelzellen, Lungen- und Nierengewebe, und letztlich zu einer Erschöpfung des Immunsystems führen. Auffrischungsimpfungen verstärken diese Effekte, weil frisch durch die Boosterung entstandene Spikes auf inzwischen gebildete Antikörper stoßen. Dadurch werden mit hoher Wahrscheinlichkeit Akutreaktionen und Autoimmunreaktionen als Langzeitfolge entstehen und schlummernde Infektionen wie Tuberkulose reaktiviert werden, die das Gesundheitssystem mehr gefährden werden, als dies durch den Anteil der gesunden, impfkritischen Nichtgeimpften möglich ist. Bei Letzteren muss auch mit einer relativ hohen natürlichen Immunisierungsrate gerechnet werden, weil schwache und subklinische Verläufe nicht erfasst sind.**

**Die Einführung einer Impfpflicht mit Verwaltungsstrafen für Nicht-Impfwillige, die viele Menschen an ihre Existenzgrenzen bringen können, ist nicht verhältnismäßig sodass ich von der Einführung einer Impfpflicht generell und im Besonderen unter Anwendung erbsubstanz-haltiger Inhaltstoffe, ausdrücklich abrate. Strafen sind ein Druckmittel das zu psychischer Belastung unserer Mitmenschen führt, sodass Impfpflicht de facto zu Impfzwang (!) wird. Es ist erschreckend, dass Kolleginnen und Kollegen inklusive sog. Experten, die aus immunologischer Unwissenheit und/oder Desinteresse, oder auf Druck, sich über den geleisteten Hippokratischen Eid hinwegsetzen und ihren Patientinnen und Patienten und deren Kinder zur Impfung raten beziehungsweise letztere selbst durchführen!**

**Univ. Prof. Dr. med. Diether Schönitzer**

MARKUS GELAU

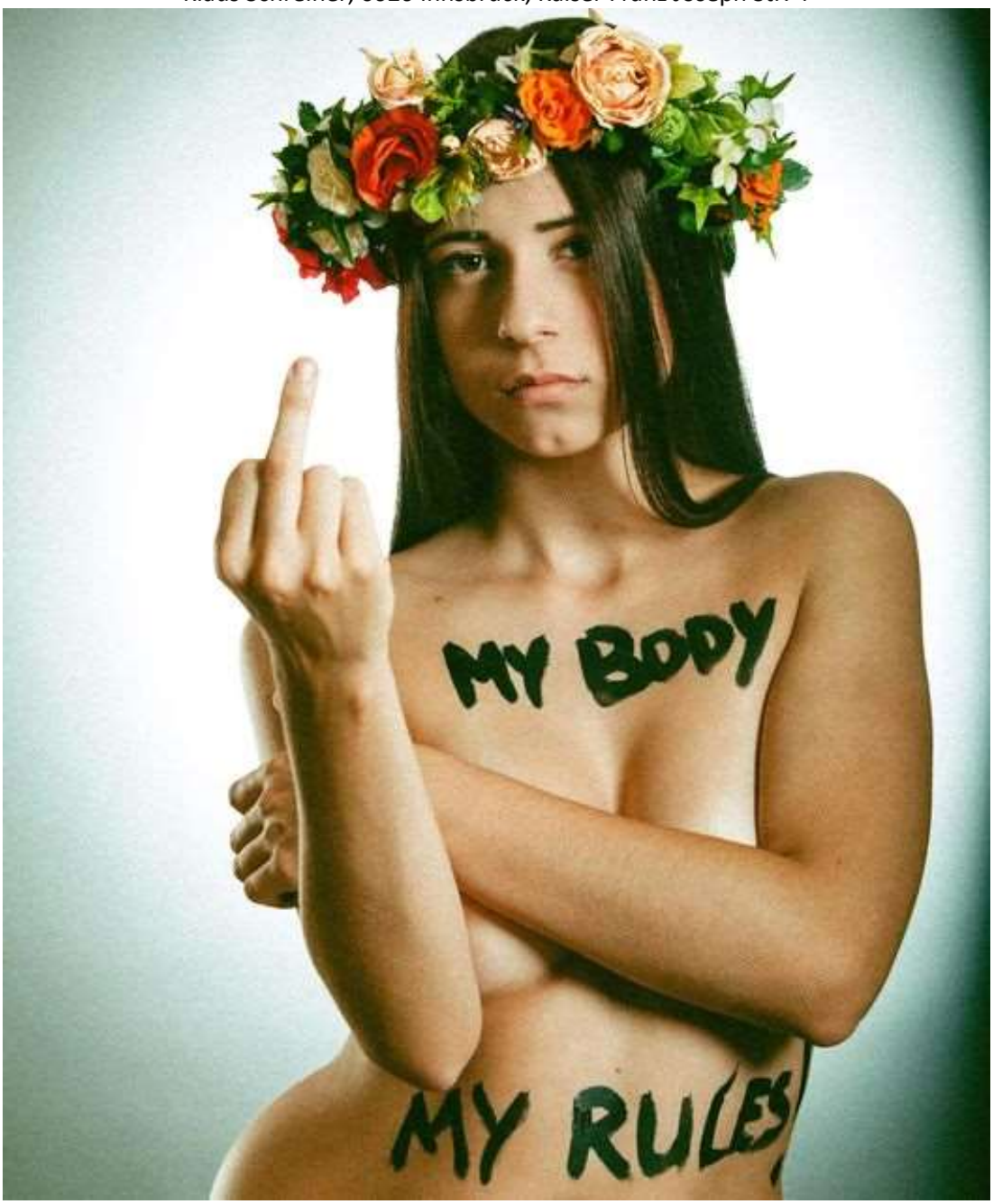
"DIE **ÖKONOMISIERTE MEDIZIN**, DIE WIR HABEN, IST **KAPITALISIERT**. WARUM SOLL ICH DER TRAUEN, WENN ICH WEISS, DASS ES UM **SEHR VIEL GELD** GEHT? WIR HABEN EINE **DYNAMISCHE KRANKHEIT** ERFUNDEN, DIE MUTIERT, DIE **JEDEN MENSCHEN AUF DER GANZEN WELT** BETRIFFT. WIR HABEN EINE **TESTINDUSTRIE**, WIR HABEN EINE **IMPFINDUSTRIE**: WIR HABEN DEN **GRÖSSTEN REIBACH DER MEDIZINGESCHICHTE**. EINE **CASHCOW**, DIE SICH GEWASCHEN HAT. UND DA **TRAUE** ICH DIESER "MEDIZIN" NICHT. ICH BIN NICHT PER SE EIN IMPFGEGNER. ES SOLLTE EINE **FREIHEIT** GEBEN, SICH IMPFEN ZU LASSEN ODER NICHT. WIR WISSEN, DASS DIE SICH GERNE IMPFEN LASSEN, DIE **BESONDERS ÄNGSTLICH**, DIE **DEPRESSIV** UND DIE **ZIEMLICH GESTRESST** SIND: DAS HABEN **STUDIEN IN DEUTSCHLAND** GEZEIGT. DAS HEISST, ES GIBT AUCH HIER GRUNDDATEN, AUF SICH VIELLEICHT AUCH DIE **MEINUNGS-MACHER UND DIE PANIKMACHER** BERUFEN. UND EBEN DIE **PROPAGANDISTEN,** DIE DIESE IMPFUNG JETZT ALLEN REINREIBEN WOLLEN. MAN MUSS SICH NUR MAL DAS **GELEAKTE MASSNAHMENPAPIER DES DEUTSCHEN INNENMINISTERIUMS** ANSCHAUEN: DAS IST **TIEFSTER ZYNISMUS**. DAS IST **BOSHEIT**. DAS IST **TERROR**. DIE MENSCHEN IN **ANGST UND PANIK** ZU VERSETZEN: DAS IST **NICHT DIE MEDIZIN**, AUF DIE ICH MEINEN EID GESCHWOREN HABE."

**PROF. DR. DR. CHRISTIAN SCHUBERT**

• **DEUTSCHER PSYCHONEUROIMMUNOLOGE** •

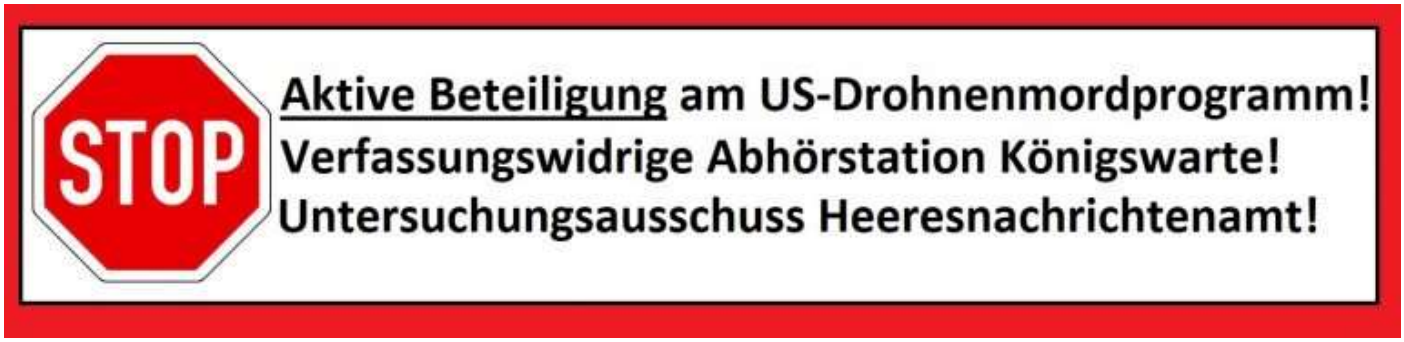
AM 5. MÄRZ 21 BEI "TALK IM HANGAR 7"

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




---

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




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