

## Begründende Dokumentation

### Die vermeintliche Unbedenklichkeit von modRNA-Impfstoffen ist nicht zutreffend

1. Die Planung, modRNA-Impfstoffe einzusetzen, reicht weit in die Vergangenheit zurück und wurde bereits 2018 auf dem Berlin World Health Summit von Kanzlerin Angela Merkel verkündet [1] und von Bill Gates über die Zusammenarbeit mit der deutschen Firma Curevac vorangetrieben [2]. Die Covid-19-Pandemie war in dieser politischen Planung lediglich ein passender Glücksfall, um die bestehenden Regularien zu umgehen, denn:
2. Es war der Bundesregierung schon durch ein BMBF-Forschungsprojekt bekannt, an dem Prof. Stefan Hockertz beteiligt war, dass die modRNA-Technologie nicht sicher genug ist, denn sie erfüllt wesentliche pharmazeutische Grundbedingungen nicht:

**Es ist nicht kontrollierbar, an welchem Ort des Körpers wieviel von der Enddosis einer Substanz über welchen Zeitraum produziert wird.** (Quellen: Interview Harald Walach mit Prof. Hockertz, diverse Vorträge von Prof. Hockertz)

Ein Grund dafür ist die Haltbarmachung der mRNA durch Austausch des Bausteins Uridin gegen N1-Methylpseudouridin [3]. Ferner **bestätigte BioNTech die rasche Verbreitung der modRNA im ganzen Körper nach i.m.-Injektion** [4]. Dies bewirkt die Produktion der Spikeproteine besonders im Endothel der verschiedensten Organe [5]. (modRNA: gentechnisch modifizierte mRNA).

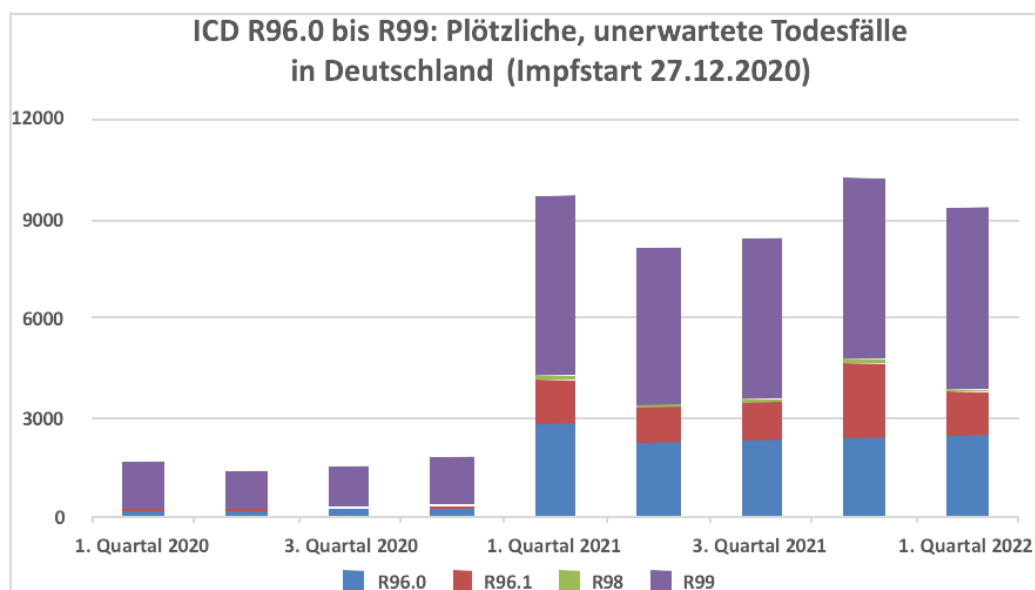
#### Die modRNA-Technologie ist nicht sicher genug.

Es ist nicht kontrollierbar, an welchem Ort des Körpers wieviel von der Enddosis einer letztlich toxisch wirkenden Substanz (Spikes) über welchen Zeitraum produziert wird, die in Gefäßen, Organen, Nerven und Gehirn Entzündungen und Autoimmunreaktionen auslösen können.

3. Die modRNA ist in kationische Nanolipidpartikel verpackt. Diese sind Membran- und Gehirngängig, wie auch nachweislich toxisch und stark entzündungsfördernd. Vermehrte DNA-Strangbrüche in Lungen und Milz sind nachgewiesen. [6-10] Fehlende reproduktionstoxikologische Studien und fehlende PharmEur Monographien für die Substanzen SM 102 und ALC 0315 verbieten deren Nutzung in Arzneimitteln stringent.
4. Um die modRNA überhaupt für den menschlichen Organismus und das Immunsystem akzeptabel zu machen, wird ein raffiniertes System eingesetzt, das das natürliche Immunsystem für einige Tage in seiner Aktivität reduziert, damit es die Fremd-RNA nicht sofort eliminiert. Dieser Mechanismus wurde bereits 2014 von Ugur Sahin publiziert [11] und ist absolute Grundvoraussetzung für das Funktionieren dieser Technologie [12, 13].
5. Darüber hinaus ist seit 2005 bekannt, dass Spikeproteine toxisch sind – **eigentlich müssen Impfstoffe aber inert sein**. Verschiedene Nebenwirkungen können durch die aktive Rezeptorbindestelle erklärt werden; die hergestellten Spikeproteine binden u.a. an die Rezeptoren ACE2, CD147 und NRP1 und beeinträchtigen die Zellfunktion. [14-17]
6. Dies alles gibt Anlass zu Bedenken: die von Praktikern beobachtete Zunahme rasch eskalierender Krebsfälle könnte durch eine solche Unterdrückung der natürlichen Immunität in der Folge von SARS-

CoV-2 modRNA-„Impfungen“ erklärt werden. Falls dies zutrifft, ist eine Zunahme solcher Fälle zu erwarten. [12] Auch die deutliche Zunahme der plötzlichen Todesfälle von gesunden Sportlern könnte damit zusammenhängen [18]. **Systematisch erhobene Daten** über die beträchtliche Zunahme der plötzlichen, unerwarteten Todesfälle seit dem 1. Quartal 2021 finden sich in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – es sind Zehntausende! [19]

**Sicherheitssignal:** die auffällige Zunahme der unerwarteten Todesfälle seit dem 1. Quartal 2021 muss konsequent untersucht werden.



**Erläuterung:** Die Diagnosecodes R96 bis R99 stehen für die **unerwarteten Todesfälle, die nicht näher erklärt werden können** (Y-Achse: Gesamtzahl dieser Todesfälle pro Quartal). Grundlage sind die Abrechnungsdaten aller deutschen gesetzlichen Krankenkassen [19]. Auffällig ist der abrupte Anstieg zeitgleich mit dem Beginn der Impfkampagne.

7. Pathologische Untersuchungen durch Prof. Arne Burkhardt haben bewiesen, dass bei Verstorbenen nach gentechnologischen „Impfungen“ unter anderem Autoimmunreaktionen auf Spikeproteine für den Tod verantwortlich waren [20]. Diese Untersuchungen zeigen auch, dass die Behauptung falsch war, die anfangs zur Sicherheit der modRNA-Technologie gemacht wurde, die modRNA verbleibe lediglich an der Einstichstelle im Muskel. Vielmehr zeigten diese und andere Untersuchungen, dass die modRNA im ganzen Körper verteilt wird [4, 21], in den Lymphknoten und weiteren Geweben lange nachweisbar ist und so die Gefäßpathologien ermöglicht, die als Nebenwirkungen beobachtet werden [22-25].
8. Pathologische Untersuchungen zeigen, dass bei 20% einer Kohorte von Verstorbenen nach modRNA-Impfung autoimmunologische Spike-Pathologie als einzige kausale Ursache in Betracht kommt [26].
9. Damit nicht genug: das **Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung** bestätigt einen „starken Zusammenhang zwischen dem Beginn von Impfprogrammen und dem **Rückgang der Fruchtbarkeit neun Monate nach Beginn dieser Programme.**“ [Hervorhebung durch die Redaktion]. Für Deutschland



werden 14 % weniger Geburten angegeben, für Schweden fast 10%. Sie verweisen darauf, dass Menschen womöglich den Kinderwunsch auf die Zeit nach ihrer SARS-CoV-2-Impfung zurückgestellt hätten [27] – doch hätte man dann den Geburteneinbruch nicht eher beobachten müssen? – Immerhin wurden rekombinante Spikeproteine – die bekanntlich toxisch sind [14-16] – immunhistochemisch u.a. in Hoden, Eierstöcken, Endometrium sowie bei einer Totgeburt nach Impfung in der Plazenta und Nabelschnur durch Prof. Burkhardt nachgewiesen (negative Gegenprobe auf Nukleokapsid, d.h. Ausschluss einer Covid-19-Infektion) [28].

### Alles nur Zufall?

## Inakzeptabel hohe Nebenwirkungsraten von modRNA-Impfungen

10. Die neuartigen präventiven gentechnologischen Eingriffe mit modRNA, fälschlicherweise und beschönigend „Impfungen“ genannt, haben inakzeptabel hohe Nebenwirkungen. Diese wurden auch in high-impact Journalen publiziert und sind an großen Kohorten beobachtet worden. [29-41] Sehr häufig wird in diesen Publikationen die erhöhte Inzidenzrate von Nebenwirkungen – vor allem Thromboembolien, Schlaganfällen und Hämorrhagien, Neutropenie und Myokarditis – mit einer angeblich noch höheren Inzidenzrate dieser Ereignisse unter SARS-CoV2- Infektion verglichen und damit als harmlos kontextualisiert. Diese Vergleiche leiden allesamt unter dem methodischen Fehler, dass sie die SARS-CoV2-Infektionen während des Impfzeitraumes erhoben haben und damit nicht zwischen genuinen Infektionen bei Ungeimpften und solchen Infektionen unterscheiden, die trotz modRNA-Injektion auftreten. Denn:
11. Die „Geimpften“ sind weder vor SARS-CoV2-Infektionen geschützt, noch geben sie diese Infektion weniger häufig weiter, schützen also auch andere nicht, noch bietet diese Intervention einen langfristigen Schutz [29, 42-51].

Vor diesem Hintergrund gewinnt die hohe Nebenwirkungsrate der SARS-CoV2-„Impfungen“ an Bedeutung. Ein Blick auf die Webseite <https://vaersanalysis.info/2023/06/02/vaers-summary-for-covid-19-vaccines-through-5-26-2023/> (Zugriff 7.6.23), die die offiziellen Daten der CDC-Vaccine-Adverse-Events Datenbank analysiert, zeigt: Die ernstesten Nebenwirkungen und mit Impfungen assoziierten Todesfälle seit Dezember 2020 bis heute sind mehr als dreimal so hoch als die aller anderen Impfungen zusammen seit Beginn der Datenbank im Jahre 1990: in den USA sind dies für alle anderen Impfungen 169 Todesfälle pro Jahr und für die Covid-19 Impfungen 6.990 Todesfälle pro Jahr. Das gleiche gilt für ernsthafte Nebenwirkungen. Bei Covid-19-Impfungen sind diese 5.781 pro Jahr, bei allen anderen Impfungen zusammengenommen sind dies etwa 312. Wir registrieren also 18,5 mal mehr lebensbedrohliche Nebenwirkungen und etwa 41 mal mehr Todesfälle bei Covid-19 Impfungen pro Jahr als bei allen anderen Impfungen zusammengenommen. Da die Wirksamkeit des Schutzes von Covid-19-„Impfungen“ kurz ist und eine häufige Wiederholung erfordert, summiert sich das Schadenspotenzial über die Zeit.

Außerdem sind die Daten der VAERS-Datenbank lediglich ein passives Monitoring, von dem bekannt ist, dass es die Daten gegenüber einer aktiven Monitoring-Untersuchung, die schon früh gefordert, aber nie durchgeführt wurde [52], um bis zu 90% unterschätzt [53, 54].

## Generalisierung der modRNA-Plattform auf Impfungen für andere Krankheiten muss verhindert werden!

Es ist davon auszugehen, dass vor diesem Hintergrund die Notlage der Covid-19- Pandemie dafür genutzt wurde, regulatorische Hemmschwellen für die Zulassung von modRNA-Plattformtechnologie abzubauen, um die Akzeptanz dieser Technologie in der Bevölkerung und der Ärzteschaft zu erhöhen.

**Dass dies keine medizinischen, sondern vor allem ökonomische und politische Gründe haben dürfte, sollte nach dem hier Gesagten offenkundig sein.**

Daher ist davon auszugehen, dass diese Technologie jetzt auf bereits bestehende Impfungen und Erkrankungen ausgeweitet werden soll, so dass Standard-Impfungen wie die gegen Influenza, Masern, Windpocken, Mumps etc. in Zukunft mit der neuen modRNA-Plattform durchgeführt werden sollen, um eine neue, wirtschaftlich lukrative Markterweiterung zu schaffen, bei der Deutschland durch seine hier ansässigen Firmen wieder im internationalen Markt führend sein kann.

**Dies wird auf Kosten der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung gehen und ist ethisch nicht vertretbar, denn gerade für Zulassungen von Impfungen, die ja an Gesunden angewendet werden, sind nach geltenden ärztlichen Standards erhöhte Sicherheitsrichtlinien anzuwenden.**

Diese Tatsache ist offenbar dem Gesetzgeber verborgen geblieben und wird von der Exekutive verschwiegen. Man kann davon ausgehen, dass nur Druck von den Anwendern, also den Ärzten und den Betroffenen, also den Patienten, eine politische Kurskorrektur herbeiführen wird.

**Wir fordern daher alle Betroffenen – Ärzte, in Gesundheitsberufen Tätige, Forscher, Wissenschaftler und Bürger – auf, diesem Gebaren ein Ende zu machen, indem Sie diese Stoffe nicht mehr verabreichen, sie nicht mehr akzeptieren und die entsprechenden Gefahrenpotenziale vordringlich beforschen.**

### Literatur

1. <https://www.bundesregierung.de/breg-en/service/archive/speech-by-federal-chancellor-angela-merkel-at-the-world-health-summit-and-the-grand-challenges-meeting-berlin-16-october-2018-1541228>; Zugriff 7.6.23
2. <https://www.gatesfoundation.org/Ideas/Speeches/2018/10/Grand-Challenges-Annual-Meeting>; Zugriff 7.6.23
3. <https://de.wikipedia.org/wiki/N1-Methylpseudouridin>, Zugriff 17.08.2023
4. Antwortschreiben von BioNTech, 16.02.2022 ans Pathologische Institut von Prof. Burkhardt. modRNA- Verteilung: Antwort auf Frage 5 <https://pathologie-konferenz.de/BIONTECH%20Antwort%20an%20Pathologie-Konferenz.pdf>; Zugriff 17.08.2023
5. [www.pathologie-konferenz.de](http://www.pathologie-konferenz.de), Vortrag vom 11.03.2022, Zugriff 17.08.2023
6. Ndeupen S, Qin Z, Jacobsen S, Bouteau A, Estambouli H, Igyártó BZ. The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory. *iScience*. 2021;24(12). doi: 10.1016/j.isci.2021.103479.
7. Knudsen KB, Northeved H, Kumar PE, Permin A, Gjetting T, Andresen TL, Larsen S, Wegener KM, Lykkesfeldt J, Jantzen K, Loft S, Møller P, Roursgaard M. In vivo toxicity of cationic micelles and liposomes. *Nanomedicine*. 2015 Feb;11(2):467-77. doi: 10.1016/j.nano.2014.08.004. Epub 2014 Aug 25. PMID: 25168934.
8. Lv H, Zhang S, Wang B, Cui S, Yan J. Toxicity of cationic lipids and cationic polymers in gene delivery. *J Control Release*. 2006 Aug 10;114(1):100-9. doi: 10.1016/j.jconrel.2006.04.014. Epub 2006 May 13. PMID: 16831482.
9. Lonz C, Vandenbranden M, Ruyschaert JM. Cationic lipids activate intracellular signaling pathways. *Adv Drug Deliv Rev*. 2012 Dec;64(15):1749-58. doi: 10.1016/j.addr.2012.05.009. Epub 2012 May 23. PMID: 22634161.
10. Yang, Yuan, Qin, Zhen, Zeng, Wei, Yang, Ting, Cao, Yubin, Mei, Chaorong and Kuang, Yu. „Toxicity assessment of nanoparticles in various systems and organs“ *Nanotechnology*
11. Sahin U, Karikó K, Türeci Ö. mRNA-based therapeutics — developing a new class of drugs. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2014;13(10):759- 80. doi: 10.1038/nrd4278.

12. Seneff S, Nigh G, Kyriakopoulos A, McCullough P. Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs. *Food and Chemical Toxicology*. 2022;164:113008. doi: 10.1016/j.fct.2022.113008.
13. Föhse FK, Geckin B, Overheul GJ, van de Maat J, Kilic G, Bulut O, et al. The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses. *medRxiv*. 2021:2021.05.03.21256520. doi: 10.1101/2021.05.03.21256520.
14. Kuba K., Imai Y., Rao S., Gao H., Guo F., Guan B., Huan Y., Yang P., Zhang Y., Deng W., Bao L. (2005). A crucial role of angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) in SARS coronavirus-induced lung injury. *Nature Medicine*, 11(8), 875–879. 10.1038/nm1267
15. European Medicines Agency, February 2021: Assessment report: Comirnaty Common name: COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified) Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000, S. 42 unten, Zugriff 16.7.23. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf)
16. Avolio E, Carrabba M, Milligan R, Kavanagh Williamson M, Beltrami AP, Gupta K, Elvers KT, Gamez M, Foster RR, Gillespie K, Hamilton F, Arnold D, Berger I, Davidson AD, Hill D, Caputo M, Madeddu P. The SARS-CoV-2 Spike protein disrupts human cardiac pericytes function through CD147 receptor-mediated signalling: a potential non-infective mechanism of COVID-19 microvascular disease. *Clin Sci (Lond)*. 2021 Dec 22;135(24):2667-2689. 10.1042/CS20210735.
17. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117616/Zweiter-Rezeptor-fuer-SARS-CoV-2-erklaert-breites-Symptomspektrum-von-COVID-19>; Zugriff 2.7.23
18. Dowd E. „Cause Unknown“ - The epidemic of Sudden Deaths in 2021 and 2022. New York: Skyhorse; 2022.
19. <https://afdbundestaq.de/datenauswertung-von-impffolgen/>; Zugriff 2.7.23.
20. <https://pathologie-konferenz.de/en/>; Zugriff 7.6.23.
21. 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. *Clinical Infectious Diseases*. 2021. doi: 10.1093/cid/ciab707.
22. Boettler T, Csernalabics B, Salié H, Luxenburger H, Wischer L, Alzei ES, et al. SARS-CoV-2 vaccination can elicit a CD8 T-cell dominant hepatitis. *Journal of Hepatology*. 2022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.03.040>.
23. Röltgen K, Nielsen SCA, Silva O, Younes SF, Zaslavsky M, Costales C, et al. Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination. *Cell*. 2022;185(6):1025-40.e14. doi: 10.1016/j.cell.2022.01.018.
24. Mudd PA, Minervina AA, Pogorelyy MV, Turner JS, Kim W, Kalaidina E, et al. SARS-CoV-2 mRNA vaccination elicits a robust and persistent T follicular helper cell response in humans. *Cell*. 2022;185(4):603-13.e15. Epub 2022/01/14. doi: 10.1016/j.cell.2021.12.026. PubMed PMID: 35026152; PubMed Central PMCID: PMCPCMC8695127.
25. Mörz M. A Case Report: Multifocal Necrotizing Encephalitis and Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccination against COVID-19. *Vaccines*. 2022;10(10):1651. PubMed PMID: doi:10.3390/vaccines10101651.
26. Schwab C, Domke LM, Hartmann L, Stenzinger A, Longerich T, Schirmacher P. Autopsy-based histopathological characterization of myocarditis after anti-SARS-CoV-2-vaccination. *Clinical Research in Cardiology*. 2022. doi: 10.1007/s00392-022-02129-5.
27. Bujard M, Andersson G (2022): Fertility declines near the end of the COVID-19 pandemic: Evidence of the 2022 birth declines in Germany and Sweden <https://www.bib.bund.de/Publikation/2022/Fertility-declines-near-the-end-of-the-COVID-19-pandemic-Evidence-of-the-2022-birth-declines-in-Germany-and-Sweden.html?nn=1219558>, Zugriff 18.08.2023
28. Prof. Arne Burkhardt: Vortrag Pathologie, gehalten 25.02.2023
29. Lucenti S. Keine „Lex-COVID-19“ für Corona-Maßnahmen – Teil II: Unverhältnismäßigkeit einer mittelbaren und unmittelbaren Impfpflicht gegen COVID-19. *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht*. 2023;42(3):1-7.
30. Oster ME, Shay DK, Su JR, Gee J, Creech CB, Broder KR, et al. Myocarditis Cases Reported After mRNA-Based COVID-19 Vaccination in the US From December 2020 to August 2021. *JAMA*. 2022;327(4):331-40. doi: 10.1001/jama.2021.24110.
31. Keh RYS, Scanlon S, Datta-Nemdharry P, Donegan K, Cavanagh S, Foster M, et al. COVID-19 vaccination and Guillain-Barré syndrome: analyses using the National Immunoglobulin Database. *Brain*. 2022. doi: 10.1093/brain/awac067.
32. Fraiman J, Erviti J, Jones M, Greenland S, Whelan P, Kaplan RM, et al. Serious Adverse Events of Special Interest Following mRNA Vaccination in Randomized Trials. *SSRN Preprint*. 2022.
33. Emani VR, Pallipuram VK, Goswami KK, Maddula KR, Reddy R, Nakka AS, et al. Increasing SARS-CoV2 cases, hospitalizations and deaths among the vaccinated elderly populations during the Omicron (B.1.1.529) variant surge in UK. *medRxiv*. 2022:2022.06.28.22276926. doi: 10.1101/2022.06.28.22276926.
34. Bardosh K, Krug A, Jamrozik E, Lemmens T, Keshavjee S, Prasad V, et al. COVID-19 vaccine boosters for young adults: a risk benefit assessment and ethical analysis of mandate policies at universities. *Journal of Medical Ethics*. 2022: medethics-2022-108449. doi: 10.1136/jme-2022-108449.
35. Kwan AC, Ebinger JE, Wei J, Le CN, Oft JR, Zabner R, et al. Apparent risks of postural orthostatic tachycardia syndrome diagnoses after COVID-19 vaccination and SARS-Cov-2 Infection. *Nature Cardiovascular Research*. 2022;1(12):1187-94. doi: 10.1038/s44161-022-00177-8.
36. Chui CSL, Fan M, Wan EYF, Leung MTY, Cheung E, Yan VKC, et al. Thromboembolic events and hemorrhagic stroke after mRNA (BNT162b2) and inactivated (CoronaVac) covid-19 vaccination: A self-controlled case series study. *eClinicalMedicine*. 2022;50:101504. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101504>.



37. Rose J. A report on the U.S. vaccine adverse events reporting system (VAERS) on the Covid-19 messenger ribonucleic acid (mRNA) biologicals. *Science, Public Health Policy, and the Law*. 2021;2:59-80.
38. Gerber GF, Yuan X, Yu J, Cher BAY, Braunstein EM, Chaturvedi S, et al. COVID-19 vaccines induce severe hemolysis in paroxysmal nocturnal hemo-globinuria. *Blood*. 2021;137(26):3670-3. doi: 10.1182/blood.2021011548.
39. Hippisley-Cox J, Patone M, Mei XW, Saatci D, Dixon S, Khunti K, et al. Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and SARS-CoV-2 positive testing: self-controlled case series study. *BMJ*. 2021;374:n1931. doi: 10.1136/bmj.n1931.
40. Mevorach D, Anis E, Cedar N, Bromberg M, Haas EJ, Nadir E, et al. Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(23):2140-9. doi: 10.1056/NEJMoa2109730.
41. Patone M, Handunnetthi L, Saatci D, Pan J, Katikireddi SV, Razvi S, et al. Neurological complications after first dose of COVID-19 vaccines and SARS-CoV-2 infection. *Nature Medicine*. 2021;27(12):2144-53. doi: 10.1038/s41591-021-01556-7.
42. McLeod D, Martins IP, Pelech S, Beck C, Shaw CA. Dispelling the myth of a pandemic of the unvaccinated. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*. 2022;2(1):267-86.
43. Hatfill SJ. Covid-19 vaccine mandates and the U.S. military. *Journal of American Physicians and Surgeons*. 2022;27(2):48-51.
44. Nordström P, Ballin M, Nordström A. Risk of SARS-CoV-2 reinfection and COVID-19 hospitalisation in individuals with natural and hybrid immunity: a retrospective, total population cohort study in Sweden. *The Lancet Infectious Diseases*. 2022;22(6):781-90. doi: 10.1016/S1473-3099(22)00143-8.
45. Chau NVV, Ngoc NM, Nguyet LA, Quang VM, Ny NTH, Khoa DBaP, Nguyen Thanh, et al. Transmission of SARS-CoV-2 Delta Variant Among Vaccinated Healthcare Workers, Vietnam. *SSRN Preprints*. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3897733>
46. Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. *medRxiv*. 2021:2021.08.24.21262415. doi: 10.1101/2021.08.24.21262415.
47. Riemersma KK, Grogan BE, Kita-Yarbro A, Halfmann PJ, Segaloff HE, Kocharian A, et al. Shedding of Infectious SARS-CoV-2 Despite Vaccination. *medRxiv*. 2021:2021.07.31.21261387. doi: 10.1101/2021.07.31.21261387.
48. Linsenmeyer K, Charness ME, O'Brien WJ, Strymish J, Doshi SJ, Ljaamo SK, et al. Vaccination Status and the Detection of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Personnel Under Surveillance in Long-term Residential Facilities. *JAMA Network Open*. 2021;4(11):e2134229-e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.34229.
49. Kampf G. The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2021;11:100272. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100272>.
50. Salvatore PP, Lee CC, Sleweon S, McCormick DW, Nicolae L, Knipe K, et al. Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July— August 2021. *medRxiv*. 2021:2021.11.12.21265796. doi: 10.1101/2021.11.12.21265796.
51. Bleier BS, Ramanathan M, Lane AP. COVID-19 Vaccines May Not Prevent Nasal SARS-CoV-2 Infection and Asymptomatic Transmission. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*. 2021;164(2):305-7. doi: 10.1177/0194599820982633. PubMed PMID: 33320052.
52. Walach H, Klement RJ, Aukema W. The Safety of COVID-19 Vaccinations — Should We Rethink the Policy? *Science, Public Health Policy, and the Law*. 2021;3:87-99. doi: <https://www.publichealthpolicyjournal.com/general-5>.
53. Madigan D, Sigelman DW, Mayer JW, Furberg CD, Avorn J. Under-reporting of cardiovascular events in the rofecoxib Alzheimer disease studies. *American Heart Journal*. 2012;164:186-93. doi: 10.1016/j.ahj.2012.05.002.
54. Golder S, Loke YK, Bland M. Meta-analyses of adverse effects data derived from randomised controlled trials as compared to observational studies: methodological overview. *PLoS Medicine*. 2011;8(5):e1001029. doi: doi:10.1371/journal.pmed.1001026.

Für Fragen und Anmerkungen sind wir erreichbar unter  
Dr Sonja Reitz; [geschaeftsfuehrung@aerzte-hippokratischer-eid.de](mailto:geschaeftsfuehrung@aerzte-hippokratischer-eid.de)

Weitere Informationen finden Sie unter [www.aerzte-hippokratischer-eid.de](http://www.aerzte-hippokratischer-eid.de)

