

Sehr geehrter Herr Mertens,

vielen Dank für Ihre Antwort auf unsere Fragen und die Übermittlung der für die Entscheidungen der STIKO relevanten Daten und Veröffentlichungen. Allerdings entsprechen Ihre Antworten nicht aktuellem Forschungsstand und weisen logische, sachliche sowie methodische Fehler auf, wie wir im Folgenden exemplarisch belegen. In den Anhängen finden Sie ausführlichere Darstellungen zu den aus unserer Sicht wichtigsten Fehlern sowie weitere sich daraus ergebende dringende Fragen (Anhang 1), welche die Empfehlungen der STIKO fragwürdig machen.

### **Punkt 1: Logik der Argumentation zum Thema „Risiko-Nutzen-Abschätzung“**

Zu Beginn erklären Sie, dass die STIKO vor der Empfehlung Risiken und Nutzen abwägt; dies ist eine Selbstverständlichkeit, von der wir natürlich ausgehen. Später geben Sie an, dass die STIKO nur Impfungen empfiehlt, bei denen der Nutzen deutlich überwiegt. Im Folgenden führen Sie aus, dass es für das Post-Vac-Syndrom aufgrund seiner Vielzahl an Symptomen und Zeichen keine klare Falldefinition gibt und damit eine Inzidenz nicht bestimmt werden kann. Wie kann man Risiken und Nutzen abwägen, wenn keine Klarheit über die zu erwartenden Symptome und Krankheitsbilder besteht? Damit ist eine solide Risikoabwägung unmöglich, und auf dieser Basis darf keine Impfeempfehlung ausgesprochen werden. Hinzu kommt, dass die Zulassungsstudien aufgrund der frühzeitigen Entblindung und die angeschlossenen Kohorten- und Fall-Kontrollstudien aufgrund v.a. der fehlenden Randomisierung bis heute keine Datenbasis bereitstellen, um evidenzbasiert die kurzfristigen und langfristigen Risiken und den Nutzen einer Impfung tatsächlich prüfen zu können. Wo sind die von zahlreichen Wissenschaftlern geforderten randomisierten und kontrollierten Studien, welche ungeimpfte und geimpfte Kohorten langfristig, alters- und risikoadaptiert vergleichen, um die Wirksamkeit (insbesondere hinsichtlich schwerer Verläufe und Tod) und die Sicherheit von COVID-19 Impfstoffen den pharmakologischen Standards entsprechend zu belegen? Die von Ihnen und dem RKI genutzten Beobachtungs- und Fallkontrollstudien zeigen nahezu durchweg schwere methodische Fehler und besitzen deshalb einen niedrigen Evidenzgrad (weiteres finden Sie im Anhang 2 und hier: <https://www.gesundheit-oesterreich.at/wp-content/uploads/2022/07/2022-07-26-Evidenzzusammenfassung-COVID-Impfung.pdf>; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.13839>).

### **Punkt 2: Risiko-Nutzen-Abwägung Kinderimpfung gegen Omikron**

Eigens ist die Covid-Impfung von Kindern zu erwähnen, einer Altersgruppe, die so gut wie keine Risiken bezüglich einer Infektion mit der Omikron-Variante hat, die aber die volle Wucht der

Nebenwirkungen, vor allem auch der Langzeitnebenwirkungen, zu spüren bekommt. Diese Tatsachen sind Ihnen laut den Protokollen des Expertenrates (21.12.2021) bekannt. So stellt sich die Frage, weshalb die Impfempfehlung wider besseres Wissen ausgesprochen wurde.

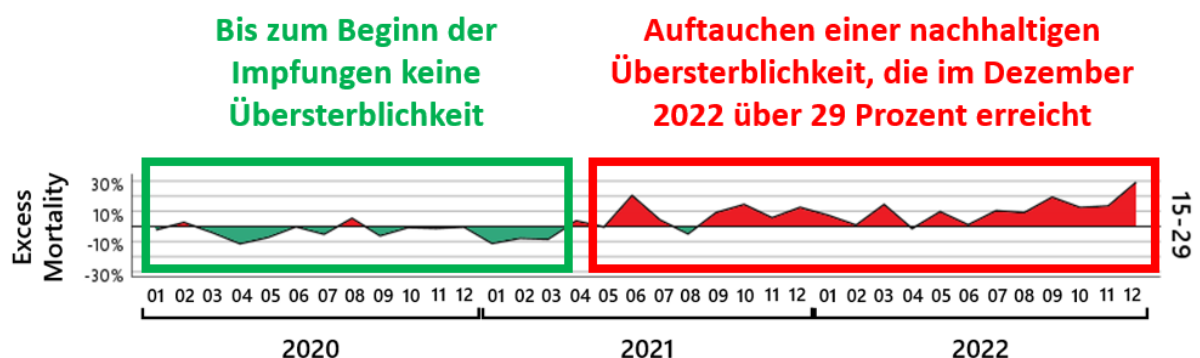
### Punkt 3: Definition Post-Vac

Sie möchten zur Kenntnis nehmen, dass in der wissenschaftlichen Debatte bereits heuristisch wertvolle Definitionen vorliegen, die dem komplexen Überlappungsmuster von frühen und späten Impffolgen sowie frühen und späten Auswirkungen einer Erkrankung nach der Infektion mit dem SARS-COC-2-Virus vollumfänglich gerecht werden: **COVID-19**: acute Covid-19-syndrome; **PACS**: post-acute COVID-19 syndrome, **ACVS**: acute COVID-19 vaccination syndrome, **PACVS**: post-acute COVID-19 vaccination syndrome (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37192595/>).

### Punkt 4: Korrelation Übersterblichkeit mit der Impfkampagne

In Ihrer Antwort zu unserer Frage 3, ob ein Zusammenhang der aktuellen Übersterblichkeit mit der Impfung auszuschließen ist, verweisen Sie zum einen auf die RKI-Daten von Dezember 2020 und Januar 2021 und behaupten, dass die *Übersterblichkeit vor allem in den Monaten Dezember 2020 und Januar 2021 aufgetreten sei und sich also schon vor Beginn der Impfkampagne gezeigt habe, was belege, dass die Übersterblichkeit nicht impfbedingt sei.*

Das ist aus verschiedenen Gründen nicht richtig. Erstens: Die Übersterblichkeit im Dezember 2020 und Januar 2021 betraf ausschließlich ältere Altersgruppen. Eine Übersterblichkeit in jüngeren Altersgruppen ist erst mit Beginn der Impfkampagne im Frühjahr 2022 zu beobachten, und zwar zeitlich versetzt umso später, je jünger die Altersgruppe ist. Als Beispiel zeigt die folgende Grafik den Verlauf der Übersterblichkeit in der Altersgruppe der 15-29-Jährigen (Quelle: <https://www.cureus.com/articles/149410-estimation-of-excess-mortality-in-germany-during-2020-2022>):



Zweitens: Mit Beginn der Impfkampagne ändert sich generell das Übersterblichkeitsmuster: die im Dezember 2020 und Januar 2021 beobachtete Übersterblichkeit in den höheren Altersgruppen wurde in den nachfolgenden Monaten Februar und März durch eine Phase der Untersterblichkeit zum Teil wieder ausgeglichen. Es handelte sich also schwerpunktmäßig um Vorzieheffekte, welche darauf hinweisen, dass hoch vulnerable Personen, die normalerweise im Februar und März verstorben

wären, etwas frühzeitiger verstorben sind. Mit Beginn der Impfkampagne wird die beobachtete Übersterblichkeit dann kaum mehr durch nachfolgende Phasen der Untersterblichkeit ausgeglichen, sondern die Übersterblichkeit steigt zunehmend und erreicht im Jahr 2022 Extremwerte. Das ist ein Hinweis darauf, dass seit Beginn der Impfkampagne nicht mehr nur die hoch vulnerablen Personen etwas frühzeitiger versterben, sondern zunehmend auch weniger vulnerable Personen.

Als weiteren angeblichen Gegenbeleg dafür, dass *die Übersterblichkeit nicht impfbedingt sei*, führen Sie an, dass im Jahr 2021 die Übersterblichkeit in den Bundesländern mit niedrigerer Impfquote höher gewesen sei. Korrekterweise verweisen Sie hier selbst auf das Problem, dass eine beobachtete Korrelation nicht notwendigerweise einen kausalen Zusammenhang widerspiegeln muss, sondern stattdessen auf dem Effekt von Drittvariablen beruhen kann. Allerdings ist die STIKO dieser naheliegenden Frage offenbar nicht nachgegangen, obwohl es sehr offensichtliche Hinweise gibt, dass die Korrelation zwischen Impfquote und Übersterblichkeit im Jahr 2021 keinen kausalen Zusammenhang widerspiegelt. Je niedriger die am Ende des Jahres 2021 in einem Bundesland erreichte Quote an Zweitimpfungen ist, umso höher ist zwar die Übersterblichkeit im zweiten Halbjahr 2021 (bestimmt mit der Methode des ifo Instituts Dresden). Allerdings zeigt sich derselbe Zusammenhang auch in Bezug auf das zweite Halbjahr 2020: je höher die Impfquote im Jahr 2021, umso geringer ist auch die im Jahr 2020 beobachtete Übersterblichkeit. Da natürlich die im Jahr 2021 verabreichten Impfungen nicht die Übersterblichkeit im Jahr 2020 beeinflusst haben können, spiegelt der im Jahr 2021 beobachtete Zusammenhang zwischen Impfquote und Übersterblichkeit offenbar keinen Effekt der Impfungen wider, sondern einen allgemeineren Effekt: Es gibt zeitstabile impfunabhängige Faktoren, welche dazu führen, dass in manchen Bundesländern die Übersterblichkeit geringer ausfällt, und zufälligerweise wurde in den Bundesländern mit einer generell geringeren Übersterblichkeit dann im Jahr 2021 mehr geimpft. Und in der Tat: Betrachtet man den *Anstieg* der Übersterblichkeit im zweiten Halbjahr 2021 (Pandemiejahr mit Impfungen) im Vergleich zum zweiten Halbjahr 2020 (Pandemiejahr ohne Impfungen), zeigt sich keine Korrelation mit der Impfquote.

Bemerkenswerterweise ist das im Jahr 2022 dann anders: Dort findet sich tatsächlich eine Korrelation zwischen der Impfquote eines Bundeslandes und dem Anstieg der Übersterblichkeit im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2020 – allerdings eine *positive*: Je höher die Impfquote in einem Bundesland, umso stärker ist die Übersterblichkeit im zweiten Halbjahr 2022 angestiegen – ein Befund, der ein weiteres Sicherheitssignal hinsichtlich des starken Anstiegs der Übersterblichkeit im Jahr 2022 darstellt.

(Weitere Ausführung zu weiteren Fehleinschätzungen und Fehlinterpretationen der STIKO zum Beispiel in Bezug auf die positiven Effekte der Impfungen finden Sie im Anhang 3).

#### **Punkt 5: Toxizität des Spikeproteins**

Sie zitieren zunächst das PEI, welches entgegen aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis nach wie vor behauptet, dass Lipidnanopartikel nach intramuskulärer Impfung *in vivo* schnell abgebaut werden.

Anschließend verweisen Sie selbst auf Arbeiten, die genau das Gegenteil zeigen: dass die modRNA über viele Wochen und Monate aktiv ist und toxisches Spike-Protein gebildet wird. Bereits 2020 waren die toxischen Wirkungen des Spike-Proteins bekannt und wurden 2021 für COVID-19 weiter herausgearbeitet. 2021 belegten Studien z.B., dass das Renin-Angiotensin-System gestört wird oder dass Endothelzellen, auch in Hirngefäßen, geschädigt werden (<https://doi.org/10.1016/j.vph.2020.106823>; <https://doi.org/10.3390/cells10102755>; <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2020.151682>; <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2021.105561>). Hier liegt EINER der Gründe für vielfältige schwere Schädigungen durch die modRNA-Impfstoffe, und dieser Grund hätte Ihnen bereits VOR der Impfkampagne bekannt sein müssen.

#### **Punkt 6: Bandbreite unerwünschter Nebenwirkungen**

Die Diversität der unerwünschten Nebenwirkungen der modRNA-Injektionen ist in Ihrer Antwort nur unzureichend wiedergegeben. Wie Sie beschreiben, liegen den bisher bekannten und sehr vielfältigen Symptomatiken unterschiedliche pathogenetische Mechanismen, ausgelöst durch die modRNA-Injektionen, zugrunde. Das gilt für die kurz nach der Injektion auftretenden Schäden (**ACVS**) wie auch für die nach einem mittleren oder längeren Zeitintervall auftretenden Schädigungen (**PACVS**) inklusive ihrer Überlappungen mit den Folgen einer COVID-19 Erkrankung (**PACS**).

Zu den schweren Nebenwirkungen gehören: Myo-/Perikarditis (deren Langzeitfolgen heute immer noch weitgehend unbekannt sind, siehe: [Bulletin für Arzneimittelsicherheit Juni 2023 \(pei.de\)](https://www.pei.de/SharedDocs/Bulletin/DE/2023/06/bulletin_2023_06_01.html)), und die vor allem diejenigen Altersgruppen betreffen, die ein vergleichsweise geringes Risiko für einen schweren COVID19-Verlauf haben), Mikrozirkulationsstörungen, Thrombosen, Aneurysmen, Schlaganfälle, Lähmungen, Nervenleiden, Sehstörungen, (agonistische) Autoantikörper, Prion-/Amyloid-artige Akkumulation von Spike-Proteinen, etc. Es ist dringend geboten, die Erforschung der pathogenen Mechanismen und der ausgebildeten Symptomatiken zu intensivieren, um passende Therapien für ACVS und PACVS zu entwickeln. Das Thema „unerwünschte schwere und/oder langanhaltende Nebenwirkungen“ muss endlich auf die politische und medizinische Tagesordnung, denn die Zahl der Geschädigten ist viel höher anzunehmen, als die Sicherheitsberichte des PEI vermuten lassen. Weitere Aspekte und Fragen zum negativen Sicherheitsprofil der modRNA-Injektionen sind im Anhang 1 aufgelistet.

#### **Punkt 7: Mehrfachimpfung schädigt das Immunsystem**

Nach mehrfacher Gabe von modRNA werden unerwünschte Auswirkungen auf das Immunsystem bzw. auf die Immunreaktion nach Infektion beobachtet: Immuntoleranz gegenüber dem Spike-Antigen, Antikörper-vermittelte Infektionsverstärkung (ADE), T-Zell-Erschöpfung, übermäßige Makrophagenaktivierung, erhöhte Entzündungsneigung, möglicherweise erhöhte Infektionsanfälligkeit nach mehrfacher modRNA-Injektion, etc.

**Fazit:**

Die aktuelle internationale Forschungslage gibt ausreichende Grundlage für eine negative Bewertung der geringen Wirksamkeit der COVID-19-modRNA-Impfung bei hohem Risikoprofil. Es liegen gut begründete Sicherheitssignale vor, welche auf eine hohe Quantität schwerer Nebenwirkungen und eine weitaus höhere Anzahl an Todesfällen, als sie das PEI als Verdachtstodesfälle führt, hinweisen. Es gibt solide Studien mit hinreichenden Erklärungsansätzen für die hohe Spannbreite unerwünschter Nebenwirkungen, die auch zeitlich Wochen oder sogar Monate später erst sichtbar werden, ausgelöst etwa durch eine Infektion.

**Angesichts dieser Sachlage fordern wir die STIKO auf, die Impfempfehlung für die COVID-19 Impfstoffe aufzuheben und sich dafür einzusetzen, dass in einer offenen wissenschaftlichen Diskussion die angeführten Hinweise auf das Risikoprofil und die Erklärungen für mögliche Schädigungen bis hin zum Tod geprüft werden. Prinzipiell gilt der medizinische Grundsatz „primum non nocere“, welcher angesichts wissenschaftlicher Belege über Schädigungen und Todesfälle eindeutig gegen eine Impfempfehlung spricht. Eine Weiterführung der Impfkampagne bzw. die Aufnahme der modRNA basierten Impfung in den normalen Impfplan stellt nach aktuellem Stand eine enorme, nicht hinzunehmende Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung dar.**

Wir sind überzeugt, dass unsere Ausführungen und insbesondere auch Ihre Antworten von größtem öffentlichem Interesse sind. Daher werden wir diese Korrespondenz veröffentlichen.

Im Namen der Tübinger Ärztegruppe mit freundlichen Grüßen

Judith Bomheuer-Kuschel

Dr. Tanja Efinger

Dr. Anette Riexinger

Prof. Dr. Andreas Schnepf

Dieses Antwortschreiben wurde wissenschaftlich unterstützt von:

Prof. Dr. med. Paul Cullen, Prof. Dr. Christof Kuhbandner und Prof. Dr. Henrik Ullrich

Kontakt: [aerztegruppe-tuebingen@posteo.de](mailto:aerztegruppe-tuebingen@posteo.de)

Anlagen