

Beflissene Anpassung und kritischer Widerstand anthroposophischer Ärzte in der Corona-Krise – Eine Kontroverse

Einführung

Wer mit der anthroposophischen Medizin lange verbunden ist, reibt sich in der Corona-Krise vielfach die Augen, wie viele ihrer führenden Repräsentanten offizielle Verlautbarungen und insbesondere die Thesen der materialistischen Impf-Ideologie unkritisch übernehmen und sie öffentlich sowie gegenüber ihren Patienten in den Praxen und Krankenhäusern vertreten. Daher ist es auch von öffentlichem Interesse, die Stimmen anderer anthroposophischer Ärzte zu Wort kommen zu lassen, die dieser merkwürdigen Anpassung mit fundierten Argumenten entschieden entgegentreten und an die grundlegende Verantwortung der anthroposophischen Medizin erinnern, den einseitigen Materialismus in der Schulmedizin zu überwinden.

Eine Reihe anthroposophischer Ärzte aus den USA und einem aus Deutschland hatte sich unter dem Eindruck medialer Kampagnen gegen die Anthroposophie kürzlich mit einem „offenen Brief bezüglich der Covid-Pandemie an die anthroposophische Gemeinschaft“ gewandt. Die offiziellen Thesen des medizinpolitisch-industriellen Komplexes übernehmend, verteidigten sie darin eindringlich die experimentellen Gentechnologien, die mit weltweitem propagandistischen Aufwand der Menschheit aufgezwungen werden sollen. Federführend war Richard Fried, einer der ehemaligen Präsidenten der amerikanischen Vereinigung anthroposophischer Ärzte (PAAM).

Auf das Schreiben haben nun Dr. med. Ricardo R. Bartelme, emeritierter Assistenzprofessor für Familienmedizin, PAAM-Vorstandsmitglied sowie Herausgeber des *PAAM Medical Letter*, und Dr. med. Branko Furst, Professor für Anästhesiologie, ebenfalls in einem offenen Brief geantwortet. Da sie die wesentlichen Argumente, denen sie entgegentreten, detailliert wiedergeben, ist ihre Erwiderung auch ohne Lektüre des ersten Briefes verständlich.

„Die Erwiderung ist geradezu ein Kompendium der Argumente kritischer Medizinforschung in einem konkreten Anwendungsfall“, schreibt Lorenzo Ravagli auf [Anthroblog](#) treffend, *„sie setzt sich evidenzbasiert und faktenbezogen mit dem Gesamtkomplex COVID-19 und den verdrängten Schattenanteilen der sogenannten Impfung auseinander. Unter Bezugnahme auf eine Fülle wissenschaftlicher Publikationen, zerpfückt sie die gängigen Propagandamythen jener Verschwörer, die den Versuch unternommen haben, die Gesellschaften des Abendlandes, die auf dem Prinzip der individuellen bürgerlichen Freiheit beruhen, einem medizinisch-hygienischen Zwangsregime zu unterwerfen, dessen Strategie der Enteignung der Leiber seiner Untertanen an antike oder mittelalterliche Theokratien erinnert. In den Kontext dieses historischen Versuchs, die größten Errungenschaften der Neuzeit zu zertrümmern, ist die – nicht nur – anthroposophische Impfkontroverse einzuordnen.“*

Der offene Brief erschien erstmals am 20.2.2022 in dem Schweizer freien anthroposophischen Publikationsorgan „Ein Nachrichtenblatt“ Nr. 5 / Sondernummer II.

Eine Erwiderung auf den „Offenen Brief an die anthroposophische Gemeinschaft bezüglich der Covid-Pandemie“ von Richard Fried, MD, et al.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

in Ihrem „Offenen Brief an die Anthroposophische Gemeinschaft zur Covid-Pandemie“ haben Sie „grundlegende Fakten“ über die COVID-19-Pandemie aufgeführt. Sie haben jedoch keine Referenzen angegeben, um Ihre Behauptungen zu untermauern, und zahlreiche dieser

Behauptungen sind fragwürdig, wenn nicht sogar nachweislich falsch. Im Folgenden finden Sie die von Ihnen behaupteten grundlegenden Fakten:

- 800.000 Todesfälle durch COVID-19.
- Das außerordentliche Leid, das COVID-19 verursacht, betrifft in unverhältnismäßiger Weise die Armen und Unterprivilegierten. Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zielen darauf ab, dieses Leiden zu lindern.
- Die meisten Krankenhauseinweisungen und Todesfälle aufgrund von COVID-19 sind bei ungeimpften Personen aufgetreten.
- In den USA wurden Hunderte von Millionen von Impfdosen verabreicht, ohne dass es zu ernsthaften negativen Auswirkungen gekommen wäre.
- Zwei Dosen eines COVID-19-Impfstoffs bieten einen „sehr hohen“ Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod.
- COVID-19-Impfstoffe verringern die Übertragung und sind wirksamer als eine natürlich erworbene Immunität.
- Impfungen sind *der* Weg zu guter Gesundheit.
- Die Entscheidung, sich zum Schutz anderer impfen zu lassen, ist ein Akt der individuellen Freiheit.
- Dieses Schreiben hilft den Menschen, die richtigen Entscheidungen für sich selbst, ihre Familien und ihre Mitarbeiter zu treffen.

In Ihrem Schreiben heißt es zunächst, dass COVID-19 „für über 800.000 Todesfälle in diesem Land [USA] verantwortlich ist“. Sie geben keine Quelle für diese Zahl an, aber vermutlich beziehen Sie sich auf Daten der CDC [Centers for Disease Control and Prevention, Behörde des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums]. Nach den Daten der CDC über die vorläufige Zahl der Todesfälle durch COVID-19 gab es bis zum 27. Januar 2022 866.675 Todesfälle, an denen COVID-19 „beteiligt“ war.

Obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) *zwei* ICD-10-Codes für COVID-19 eingeführt hat, einen für vermutete und einen für bestätigte COVID-19, und obwohl die CDC ebenfalls zwei solche Codes für Influenza-Todesfälle verwendet, hat sich die CDC dafür entschieden, sowohl vermutete als auch bestätigte Fälle unter einem einzigen Code für COVID-19 zusammenzufassen.

Wie die CDC erklärt hat, bedeutet ein mit dem ICD-10-Code U07.1 kodierter Todesfall nicht unbedingt, dass COVID-19 die zugrunde liegende Todesursache war. Bei Verwendung auf Sterbeurkunden gemäß den Anweisungen der CDC umfasst der Code „alle Verstorbenen, bei denen die Krankheit den **Tod** verursacht hat **oder von denen *angenommen wird, dass sie ihn verursacht oder zu ihm beigetragen hat.***“² (Fettgedruckte Hervorhebung im Original, kursive Hervorhebung hinzugefügt.)

Es ist auch bekannt, dass Sterblichkeitsstatistiken auf der Grundlage von Totenscheinen nicht genau sind. Die meisten Ärzte, die die Totenscheine ausfüllen, sind unerfahrene und vielbeschäftigte Assistenzärzte oder vielbeschäftigte Kliniker, die sich nicht die Zeit nehmen, die möglichen Ursachen/Faktoren zu ermitteln.

Folglich ist es keine „Tatsache“, dass COVID-19 die Ursache für 866.675 Todesfälle in den Vereinigten Staaten war. Bemerkenswert ist, dass nach Angaben der CDC bei etwa 95 % der Todesfälle, bei denen COVID-19 eine Rolle spielte, andere Erkrankungen oder Ursachen auf dem Totenschein vermerkt waren, und zwar im Durchschnitt vier zusätzliche Erkrankungen oder Ursachen pro Todesfall.³

Bei wie vielen dieser 866.675 Todesfälle war COVID-19 die einzige zugrunde liegende Ursache? Ihr Schreiben impliziert irreführenderweise, dass die Antwort „bei allen“ lautet, aber das ist nicht wahr.

Es ist auch wichtig zu wissen, dass das Risiko, an COVID-19 zu sterben, nicht für jeden gleich hoch ist. Ältere Menschen, 70 Jahre und älter, sind besonders gefährdet. Zum Vergleich: Im Jahr 2019 lag die durchschnittliche Lebenserwartung in den USA bei 79 Jahren. Bemerkenswert ist, dass 26 % der Todesfälle, bei denen COVID-19 im Spiel war (oder bei denen dies vermutet wurde), Menschen im Alter von 85 Jahren und darüber betrafen.

Weitere 26 % traten bei Menschen im Alter zwischen 75 und 84 Jahren auf. Mehr als die Hälfte der auf COVID-19 zurückzuführenden Todesfälle betrafen also Menschen, deren Lebenserwartung nahe oder über der durchschnittlichen, vor der Pandemie, lag.⁴ Während das Durchschnittsalter der durch COVID-19-bedingten Todesfälle in den USA von der CDC nicht angegeben wird, hat das Office for National Statistics im Vereinigten Königreich berichtet, dass das Durchschnittsalter der Todesfälle, die entweder mit oder aufgrund von COVID-19 eintraten, 83 Jahre beträgt – mehrere Jahre *höher* als die durchschnittliche Lebenserwartung vor der Pandemie in den USA.⁵ Mit anderen Worten: Die meisten Todesfälle traten bei älteren Menschen mit Begleiterkrankungen auf, und die meisten Menschen, die an COVID-19 starben, hatten die durchschnittliche Lebenserwartung bereits überschritten. Dies soll nicht heißen, dass es nicht tragisch ist, wenn ältere Menschen an COVID-19 sterben, sondern nur darauf hinweisen, dass die überwiegende Mehrheit der gemeldeten Todesfälle bei älteren Menschen mit hohem Risiko und mehreren Begleiterkrankungen auftritt. Auf Maßnahmen zu ihrem Schutz sollten sich unsere Bemühungen konzentrieren.⁶ Medienumfragen in den USA haben gezeigt, dass das von den Menschen wahrgenommene Risiko, schwer an COVID zu erkranken, ins Krankenhaus eingeliefert zu werden oder an COVID zu sterben, stark überschätzt wird. Veröffentlichte Forschungsarbeiten haben das Gleiche ergeben.⁷

Eine andere und bessere Möglichkeit, die Auswirkungen der COVID-Pandemie zu betrachten, ist die Berechnung der überzähligen Todesfälle. Die Gesamtzahl der *gemeldeten* (nicht der geschätzten) Todesfälle in den USA ist nur für das Jahr 2020 verfügbar. Die überzähligen Todesfälle (gemeldete Todesfälle minus erwartete Todesfälle, bereinigt um Bevölkerungswachstum und Altersstruktur) für das Jahr 2020 belaufen sich auf 528.891, was

einen altersbereinigten Anstieg der Rate um 16,8 % gegenüber 2019 bedeutet.⁸ Andere Schätzungen der altersbereinigten Sterberaten in der medizinischen Fachliteratur liegen bei bis zu 22,9 %, was zu stark überhöhten Schätzungen der Gesamtsterbefälle führt.⁹ Die tatsächlichen altersbereinigten COVID-Todesfälle sind schlimm genug; es besteht keine Notwendigkeit, sich auf CDC-Schätzungen oder in der medizinischen Fachliteratur veröffentlichte Überschätzungen zu verlassen. Natürlich variieren die altersbereinigten Sterberaten je nach Bundesstaat und Region, wobei New York, New Jersey und Mississippi zum Beispiel recht hohe Werte aufweisen.⁹ Obwohl die Zahl der überzähligen Todesfälle ein gutes Maß für die COVID-Mortalität ist, zeigt eine Analyse der britischen Daten, dass schätzungsweise 41 % der überzähligen Todesfälle während des ersten Lockdowns wahrscheinlich durch den Lockdown selbst verursacht wurden.¹⁰

Weiter heißt es in Ihrem Schreiben, dass COVID-19 „für ... außerordentliches körperliches, seelisches und wirtschaftliches Leid verantwortlich ist, von dem arme und unterprivilegierte Menschen weltweit unverhältnismäßig stark betroffen sind“. Im nächsten Absatz fahren Sie fort: „Demokratische Regierungen haben immer versucht, ihre Bürger durch Interventionen in Situationen zu schützen, die die öffentliche Gesundheit betreffen.... Dies ist eine dieser Situationen.“

Es ist schwer zu erkennen, wie dies anders interpretiert werden könnte, denn als Argument für die „Abriegelung“ [den Lockdown] und andere restriktive Maßnahmen, die die Regierungen als Reaktion auf die Pandemie ergriffen haben. Es wurden zwar Studien und Stellungnahmen veröffentlicht, die angeblich die Wirksamkeit von Abriegelungen und sozialen Restriktionen belegen, doch¹¹ die von den Regierungen verhängten Abriegelungen und Restriktionen wurden bereits vor dem Erscheinen dieser Studien durchgeführt, d. h. ohne dass es dafür Anhaltspunkte gab. Die Befürworter von Abriegelungsmaßnahmen im Gesundheitswesen verweisen oft auf den Erfolg der strengen, antidemokratischen und autoritären Abriegelungsmaßnahmen in Australien und Neuseeland. Diese frühen Erfolge einer „Null-COVID“-Politik waren jedoch mit hohen Kosten für die Volkswirtschaften und die Bürger verbunden und machen angesichts eines inzwischen endemischen Virus wenig Sinn.¹² Hinzu kommt, dass in vielen Ländern, die eine strenge und lang andauernde Abriegelungspolitik verfolgten, die Zahl der Krankheitsfälle anhaltend hoch war.¹² Es hat den Anschein, dass die autoritären Abriegelungsmaßnahmen selbst die außerordentlichen wirtschaftlichen und bildungspolitischen Schäden verursacht haben.¹³ Noch wichtiger ist, dass die überwiegende Zahl der *empirischen* Studien von höherer Qualität (unter Ausschluss von verzerrten Modellierungs- und Zeitstudien) einen sehr bescheidenen Effekt (basierend auf dem Mittelwert oder Median) durch Verbote und die anderen restriktiven Maßnahmen auf die COVID-Mortalität belegen.¹⁴ Ein kritischer Blick auf die Vorschriften für das Tragen von Atemschutzmasken in Gemeinschaftseinrichtungen zeigt ebenfalls wenig wissenschaftliche Evidenz für den Schutz vor COVID-19.¹⁵

Die soziale Isolation und die starke seelische Erschütterung haben sich besonders verheerend auf Kinder ausgewirkt, für die COVID-19 ein geringes Risiko darstellt, und haben zu dem

geführt, was der US-amerikanische Surgeon General als eine „Krise der psychischen Gesundheit“ bezeichnet hat.¹⁶ [Der Surgeon General of the United States ist der operative Leiter des United States Public Health Service und gilt als die Person, die zu allen Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegenüber der Regierung der Vereinigten Staaten Stellung nimmt.] Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) hat vor den Folgen für die Kinder gewarnt, nämlich einen zu beobachtenden Rückschritt in deren Entwicklung, einschließlich eines geschätzten Anstiegs der Kinderarmut in den Entwicklungsländern um 15 %, des Verlusts von fast einem Jahr Schulbildung für über 168 Millionen Schulkinder weltweit, wobei ein Drittel der Kinder keinen Zugang zu Fernunterricht hat. Bei einem von sieben Kindern, das die meiste Zeit des Jahres zu Hause bleiben muss, führt das zu Einsamkeit, Angst und schweren Depressionen. Im November 2020, nach mehreren Monaten weltweiter Abriegelung, waren schätzungsweise 6 bis 7 Millionen Kinder von Auszehrung und akuter Unterernährung betroffen, ein Anstieg um 14 %, der möglicherweise zu mehr als 10.000 Todesfällen bei Kindern pro Monat führen könnte.¹⁷

Ihr Schreiben behauptet, die meisten Krankenhauseinweisungen und Todesfälle aufgrund von COVID-19 seien bei ungeimpften Personen (in den USA) aufgetreten, dies geht jedoch aus den Daten aus Israel und dem Vereinigten Königreich nicht hervor. Im August 2021 waren in Israel, das zu den Ländern mit der weltweit höchsten Durchimpfungsrate gehört, etwa 78 % der in Frage kommenden Personen ab 12 Jahren geimpft, und dennoch wies Israel zur gleichen Zeit eine der höchsten Infektionsraten der Welt auf, wobei mehr als die Hälfte der Fälle und 59 % der hospitalisierten COVID-19-Patienten vollständig geimpft waren.¹⁸

Auch im Vereinigten Königreich zeigten die Daten bis Ende Oktober 2021, dass etwa 65 % der mit COVID-19 hospitalisierten Personen geimpft waren.¹⁹ Die britische Regierung hat festgestellt, dass seit Mitte Juni 2021, die Mehrheit der COVID-19-Patienten vollständig geimpft ist. Bis Mitte Juli 2021 zeigten die Daten auch, dass mehr geimpfte Menschen an COVID-19 starben als ungeimpfte.²¹ Die Daten vom 23. September 2021, den aktuellsten Daten, die auf der Website der britischen Regierung verfügbar sind, zeigen, dass etwa 60 % der COVID-19-Fälle geimpft waren, darunter etwa 41 %, die zwei Dosen erhalten hatten. Von den Patienten, die mit COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert wurden, waren etwa 39 % nicht geimpft, während über 55 % vollständig geimpft waren. Von den COVID-19-Todesfällen waren nur 23 % nicht geimpft, während 73 % vollständig geimpft waren.²² Zweifellos hat die Impfung viele Todesfälle und Krankenhausaufenthalte aufgrund von COVID-19-Erkrankungen verhindert, aber viele Studien haben gezeigt, dass die durch die Impfung hervorgerufene Immunität nachlässt,²³ während die natürliche Immunität einen besseren und länger anhaltenden Schutz bietet.²⁴ Die veröffentlichten schwerwiegenden Reinfektionsraten bei natürlicher Immunität sind nach wie vor niedrig.²⁵

Sie räumen zwar ein, dass es berechtigte Bedenken hinsichtlich der möglichen Langzeitwirkungen von COVID-19-Impfstoffen gibt, behaupten aber, dass „in den USA Hunderte von Millionen Dosen verabreicht wurden, ohne dass es zu ernsthaften negativen

Auswirkungen kam“. Diese Behauptung wird durch objektive, unvoreingenommene, in der medizinischen Fachliteratur veröffentlichte Studien nicht gestützt. Nach Angaben des Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) der CDC und der FDA [Federal Drug Administration] gab es bis zum 31. Januar 2022 740.000 Berichte über impfstoffbedingte unerwünschte Ereignisse, von denen 68.021 als „schwerwiegend“ eingestuft wurden. Unter den gemeldeten schwerwiegenden Ereignissen sind 10.316 Todesfälle.²⁶ Die beträchtliche Untererfassung von impfstoffbedingten unerwünschten Ereignissen durch VAERS ist bekannt. Die meisten Behörden geben eine Untererfassung von etwa 90 % an, eine Studie aus dem Jahr 2010 geht dagegen von einer Untererfassung von 99 % aus.²⁷ Man könnte daher argumentieren, die Daten deuten darauf hin, dass schwerwiegende impfstoffbedingte unerwünschte Ereignisse nicht „wenige“, sondern viele sind. Eine neuere Studie zeigt einen klaren und beunruhigenden zeitlichen Zusammenhang zwischen der Häufung von Todesfällen und schweren Erkrankungen, die in VAERS gemeldet werden, und der Impfung innerhalb von 0 bis 10 Tagen.²⁸ Es fällt schwer, diesen zeitlichen Zusammenhang als reines Hintergrundsterben oder Zufall abzutun.

Skeptiker argumentieren, VAERS, das von der FDA und der CDC entwickelt wurde, sei unzuverlässig und jeder „Anti-Vaxxer“ könne einen Bericht einreichen. Die CDC soll die Berichte überprüfen, hat dies aber bisher nicht getan. Eine vorläufige detaillierte Analyse von 250 VAERS-Meldungen zeigt, dass 67 % von medizinischem Personal und 5 % von Mitarbeitern der Pharmaindustrie eingereicht wurden, die verpflichtet sind, von ihnen entdeckte unerwünschte Impfstoffreaktionen einzutragen.²⁹

Selbst wenn es zuträfe, dass schwerwiegende kurzfristige Nebenwirkungen selten sind, können die berechtigten Bedenken hinsichtlich langfristiger Wirkungen, die nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Verabreichung der Impfstoffe stehen, nicht zurückgewiesen werden.³⁰ Impfstoffe können schädliche „unspezifische Wirkungen“ haben, wie z. B. ein *erhöhtes* Risiko des Todes aus anderen Gründen, selbst wenn sie gegen die Zielkrankheit schützen.³¹ Besorgniserregend ist, dass die Daten der sechsmonatigen klinischen Studie für den Impfstoff von Pfizer-BioNTech nicht zeigen, dass der Impfstoff mit einem Rückgang der Gesamtmortalität verbunden ist (ein äußerst wichtiges Ergebnis, das es zu verfolgen gilt). Während in der Placebo-Kontrollgruppe zwei Personen an COVID-19 starben und in der geimpften Gruppe nur eine, war die Gesamtzahl der Todesfälle in der Versuchsgruppe aufgrund anderer Ursachen dennoch höher (21 gegenüber 17). Die Sterblichkeitsrate bei den Geimpften betrug 0,07 % gegenüber 0,06 % bei den Nichtgeimpften.³²

Darüber hinaus ist gut dokumentiert, dass in veröffentlichten RCTs (wie den COVID-Impfstoffstudien) Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Impfstoffen deutlich unterrepräsentiert sind, insbesondere wenn diese Studien von der Pharmaindustrie durchgeführt werden.³³ [Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT englisch: randomized controlled trial) ist in der medizinischen Forschung das nachgewiesene beste Studiendesign, um bei einer eindeutigen Fragestellung eine eindeutige Aussage zu erhalten und die Kausalität zu belegen. – wikipedia]. Noch beunruhigender ist die mangelnde Transparenz der

entscheidenden COVID-Impfstoffstudien, bei denen Daten versteckt wurden, die nur die FDA einsehen kann, sowie die Anschuldigungen wegen Betrugs bei der Datenverarbeitung.³⁴

Die Daten und Analysen, die die CDC-Forscher in der biomedizinischen Fachliteratur unter Verwendung ihres eigenen Vaccine Safety Datalink vorlegen und die eine geringe Zahl unerwünschter COVID-Impfstoffreaktionen zeigen, sind einseitig und verwenden intransparente Datensätze, die sich im Besitz der CDC befinden und unabhängigen, objektiveren Forschern nicht zur Verfügung stehen.³⁵ Es gibt eine Reihe von Problemen mit ihrer Methodik; sie schließen die Bewertung von Todesfällen sowie ernsten und behindernden, nicht diagnostizierten Symptomen oder Erkrankungen aus; das Zeitintervall von 21 Tagen ist möglicherweise zu kurz, um einige Erkrankungen (wie Lungenembolie) zu erfassen; sie bereinigen nicht die Komorbiditäten, die wahrscheinlich Risikofaktoren für unerwünschte mRNA-Impfstoffreaktionen sind; und schließlich beschränken sie sich auf die Bewertung von Ergebnissen, die nur innerhalb des Gesundheitsplan-Netzwerks diagnostiziert wurden, und betrachten keine Krankenhauseinweisungen oder Besuche in Notaufnahmen außerhalb des Netzes.

Sie behaupten, dass die Verabreichung von zwei Dosen eines COVID-19-Impfstoffs einen „sehr hohen“ Schutz vor schweren Erkrankungen und Tod bieten. Dies ist irreführend, denn die veröffentlichten hohen Schutzraten beziehen sich immer auf die relative Risikominderung und nicht auf die absolute Risikominderung, die die Prävalenz einer Krankheit (z. B. COVID-19) in einer Bevölkerung berücksichtigt.³⁶ Die Raten der absoluten Risikoreduktion sind weit weniger beeindruckend ([0].84% – 1.3%). Außerdem verschweigen Sie den Empfängern Ihres Schreibens, dass die durch eine Impfung hervorgerufene Immunität im Gegensatz zu der durch eine Infektion hervorgerufenen relativ schnell abklingt. Im Zusammenhang mit der vorherrschenden Delta-Variante stellten schwedische Forscher fest, dass die COVID-19-Impfstoffe ab etwa 6 Monaten keine signifikante Wirksamkeit gegen Infektionen mehr bieten. Auch der Schutz vor Hospitalisierung und Tod nahm ab, wobei der Schutz bei Männern, gebrechlichen älteren Personen und Personen mit Begleiterkrankungen nach 9 Monaten nicht mehr signifikant war.³⁷

Positive Beobachtungsstudien zur Wirksamkeit von Impfstoffen, die ein testnegatives Design (eine Art Fall-Kontroll-Studie) verwenden, sind ebenfalls anfällig für Verzerrungen und Verwirrung; die Kontrollen und die Fälle sind oft nicht wirklich vergleichbar, so dass es zu unerklärten Verwechslungen kommen kann.³⁸ Neben gut konzipierten RCTs sind große, gut konzipierte, prospektive Kohortenstudien ein besseres Studiendesign, um die Wirksamkeit von Impfstoffen zu untersuchen. Um objektiv und aussagekräftig zu sein, müssen diese prospektiven Studien zur Impfstoffwirksamkeit auch die Gesamtmortalität und alle Krankheiten und Symptome untersuchen, die in der Zeit nach der Impfung auftreten, sowie die absolute Risikominderung. Die ausschließliche Betrachtung der Effektivität von Impfstoffen vermittelt ein übertriebenes Bild von deren Wirksamkeit und lässt einen möglichen Anstieg der

Gesamtmortalität und eine mögliche Zunahme besorgniserregender Krankheiten und Syndrome außer Acht.

Jetzt, da die Omicron-Variante vorherrscht, verschwindet die noch geringere anfängliche Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe noch schneller.^{23,24} Eine Studie dänischer Forscher ergab, dass COVID-19-Impfstoffe nach den ersten Monaten keinen nennenswerten Schutz gegen Omicron mehr bieten, wobei die Wirksamkeit bereits nach drei Monaten statistisch signifikant abnimmt.³⁹ Daten aus dem Vereinigten Königreich zeigen, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs von Pfizer gegen eine Infektion mit Omicron anfangs geringer ist (etwa 60 %) und rasch abnimmt, wobei die Wirksamkeit bereits nach drei bis vier Monaten *negativ ist*.⁴⁰ Eine Studie kanadischer Forscher ergab, dass vollständig geimpfte Personen zu Beginn keinen nennenswerten Schutz gegen eine Infektion mit Omicron haben.⁴¹

Sie behaupten ferner, dass die COVID-19-Impfstoffe die Übertragung verringern, aber wie kann dies im gegenwärtigen Kontext der Fall sein, da die Daten eine *negative* Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Infektion mit der Omicron-Variante zeigen?²³ Unabhängig davon, ob es sich um Delta oder Omicron handelt, können die Impfstoffe zwar für kurze Zeit einen gewissen Schutz gegen die Infektion bieten, aber auch diese nicht sterilisierende Immunität lässt schnell nach. Die CDC räumt zwar ein, dass ihr kein Fall bekannt ist, in dem eine Person mit natürlicher Immunität SARS-CoV-2 auf eine andere Person übertragen hat, räumt aber ein, dass vollständig geimpfte Personen, die sich infiziert haben, das Virus auf andere übertragen können und dies auch tun.⁴² Diese Tatsache sollte nicht allzu sehr überraschen, da die Impfstoffe darauf ausgelegt sind, den Schweregrad der Krankheit zu mildern, und nicht darauf, eine Infektion und Übertragung zu verhindern.⁴³

Bereits im November 2021 veröffentlichte *The Lancet Regional Health* einen Brief, aus dem hervorging, dass die Geimpften an COVID erkrankten und andere ansteckten und dass sich die „Spitzenviruslast nicht nach Impfstatus und Variantenart unterschied“.⁴⁴ Das bedeutet, dass die Geimpften genauso ansteckend sind wie die Ungeimpften. Der Autor erklärte, es sei „grob fahrlässig“, dies bei der Gestaltung der öffentlichen Politik nicht zu berücksichtigen. Dennoch machen Gesundheitsbehörden und Politiker weiterhin die Ungeimpften für die steigenden COVID-Infektionsraten verantwortlich und halten an der COVID-Impfpflicht fest, selbst für Kinder unter 12 Jahren.

Sie beklagen das „weit verbreitete Misstrauen gegenüber Institutionen und Daten“, verschweigen aber, dass Institutionen wie die CDC wiederholt ihre mangelnde Vertrauenswürdigkeit unter Beweis gestellt haben, unter anderem durch grobe Falschdarstellungen der wissenschaftlichen Daten. So behauptete die CDC im August 2021 auf ihrer Website fälschlicherweise, dass „Menschen durch eine vollständige Impfung besser geschützt sind als wenn sie COVID-19 gehabt hätten“, und unternahm noch weitere Vertuschungen.⁴⁵ Die Behauptung der CDC stand im Widerspruch zu der überwältigenden Mehrheit wissenschaftlicher Daten, die zeigen, dass die natürliche Immunität robust, breit und dauerhaft ist und der durch Impfstoffe hervorgerufenen Immunität überlegen ist.⁴⁶ Eine Studie

israelischer Forscher ergab beispielsweise, dass vollständig geimpfte Personen ein 13-fach höheres Risiko einer Infektion mit der Delta-Variante hatten als Personen mit natürlicher Immunität.⁴⁷

Bemerkenswerterweise hat die CDC inzwischen viele frühere Falschbehauptungen von ihrer Website entfernt, und CDC-Forscher haben nun in einer kürzlich veröffentlichten Studie zugegeben, dass die natürliche Immunität einen besseren Schutz bietet. Die Autoren der Studie gaben stillschweigend zu, dass die gegenteilige Behauptung der CDC falsch war, und räumten ein, dass der „durch die Infektion bedingte Schutz höher“ war als der durch die Impfung gegen die Delta-Variante erzielte. Während es bei den Impfstoffen zu einer signifikanten „Immunumgehung und immunologischen Schwächung“ kam, blieb die natürliche Immunität stark. Die Fallzahlen bei vollständig geimpften Personen waren „durchweg höher“ als bei Personen mit natürlicher Immunität. Die CDC-Forscher stellten ferner fest, dass die natürliche Immunität im Gegensatz zu den COVID-19-Impfstoffen nicht nur vor einem späteren Krankenhausaufenthalt oder Tod, sondern auch vor einer Infektion (und damit auch vor einer Übertragung) schützte.⁴⁸ Darüber hinaus zeugt Ihr Brief von einem naiven Vertrauen in die CDC, die FDA und die NIH, das angesichts der vorliegenden Beweise und historischen Aufzeichnungen eindeutig nicht gerechtfertigt ist.⁴⁹ Diese US-Institutionen fördern entweder Täuschungen, Unwahrheiten, Zensur der offenen Debatte oder behindern Transparenz.

Sie stellen fest, dass „es unsere Pflicht und Verantwortung als Ärzte ist, die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu behandeln und Leiden nach besten Kräften zu lindern“. Dennoch konzentriert sich Ihr Schreiben ausschließlich auf die Impfung als angeblichen Weg zu guter Gesundheit, ohne die Bedeutung frühzeitiger Behandlungen zur Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe zu erwähnen, geschweige denn die Notwendigkeit, dass der Einzelne Maßnahmen zur natürlichen Unterstützung seines Immunsystems ergreift. In einer Echtzeit-Metaanalyse wurde beispielsweise festgestellt, dass der frühzeitige Einsatz von Ivermectin die COVID-19-Infektions-, Krankenhausaufenthalts- und Sterblichkeitsrate erheblich senkt.⁵⁰ Studien haben immer wieder gezeigt, dass Vitamin-D-Insuffizienz oder -Mangel ein Risikofaktor für schwere COVID-19 ist. So ergab eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse vom 22. Dezember 2021, dass eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D mit einem deutlich verringerten Risiko einer Infektion sowie eines Krankenhausaufenthalts und eines Todes aufgrund von COVID-19 verbunden ist.⁵¹

Vor allem aber hat die klinische Erfahrung vieler anthroposophischer Ärzte in den USA und Europa gezeigt, dass COVID-19 hervorragend ambulant oder stationär behandelt werden kann. Im Juli 2020 veröffentlichten Georg Soldner und Thomas Breitkreuz in *Anthromedics* einen Artikel, der die Behandlungsmöglichkeiten von COVID-19-Patienten mit anthroposophischen Mitteln und Modalitäten aufzeigt.⁵² Es versteht sich von selbst, dass es bei schwer erkrankten COVID-19-Patienten einer guten anthroposophischen Urteilskraft bedarf, um die richtigen Mittel und Verabreichungswege zu wählen. Andernfalls wäre ein klinischer Misserfolg die wahrscheinliche Folge.

Wenn es unser Ziel als Ärzte ist, die Gesundheit unserer Patienten zu fördern, müssen wir unbedingt die Wirkung frühzeitiger Behandlungen für COVID-19-Patienten nutzen und dazu beitragen, alle unsere Patienten über die Bedeutung der richtigen Ernährung für die Aufrechterhaltung eines gut funktionierenden Immunsystems aufzuklären, anstatt kurzsichtig die Botschaft zu vermitteln, das Einzige, was Sie tun können, um sich vor der Krankheit zu schützen, sei die Impfung. Es ist verwerflich, dass die konventionellen biomedizinischen Autoritäten die Funktion des Arztes bei der Frühdiagnose und Behandlung abschaffen.

Die Behörden erklärten, dass es keine ambulante Behandlung für COVID gibt (außer monoklonalen Antikörpern bei Hochrisikopatienten) und dass man nur ins Krankenhaus kommen sollte, wenn man zu krank ist, um zu Hause zu bleiben. Diese Politik und die Angst von Ärzten und anderen Klinikern vor einer Ansteckung mit COVID haben dazu geführt, dass die Chance auf eine frühzeitige Behandlung vertan wurde, was wahrscheinlich zu vielen unnötigen Todesfällen geführt hat. Viele Kliniker arbeiteten jedoch an verschiedenen Protokollen zur Behandlung von COVID im Frühstadium, und das mit einigem Erfolg.⁵³

In Ihrem Schreiben heißt es: „Es wurde viel über die individuelle Freiheit in Bezug auf Impfstoffe gesprochen. Aber Freiheit kann auch durch mitfühlende Taten verwirklicht werden, durch unser moralisches Engagement für unsere Mitmenschen und unsere Gemeinschaften.“ Wenn sich Menschen freiwillig für eine Impfung entscheiden, weil sie glauben, dass sie damit zum Schutz anderer beitragen, kann dies in der Tat eine Ausübung der individuellen Freiheit sein.

Wenn sich Menschen jedoch für eine Impfung entscheiden, weil sie falsch über den Nutzen und die Risiken der Impfstoffe informiert wurden, weil sie z. B. fälschlicherweise glauben, dass diese Produkte eine „Herdenimmunität“ verleihen können, indem sie Infektionen und Übertragungen verhindern, dann haben sie ihr Recht auf eine *informierte* Zustimmung *nicht* wahrgenommen. Wenn Beamte des öffentlichen Gesundheitswesens die Öffentlichkeit falsch informieren, verletzen sie dieses grundlegende Menschenrecht.

Darüber hinaus ist der Hauptgrund dafür, dass so viel über die Freiheit des Einzelnen in Bezug auf Impfstoffe gesprochen wurde, der, dass die politischen Entscheidungsträger versucht haben, die Menschen dazu *zu zwingen*, sich impfen zu lassen, was einen groben Verstoß gegen das Recht auf informierte Zustimmung darstellt, eines der grundlegendsten Prinzipien der medizinischen Ethik. Die Sorge darum, die Rechte des Einzelnen zu thematisieren, ohne anzuerkennen, wie wichtig es ist, das Recht auf informierte Zustimmung (und das Recht auf Verweigerung) zu respektieren, und ohne anzuerkennen, wie die politischen Entscheidungsträger dieses Recht durch Zwangsmaßnahmen grob verletzt haben, ist bestenfalls unaufrichtig und könnte, vor allem im Lichte Ihrer Verteidigung autoritärer Abriegelungsmaßnahmen, sogar als Verteidigung solcher Zwangsmaßnahmen wie [Impf-] Pflicht und Impfpass-Systeme interpretiert werden, gegen die wir als Ärzte eher eine ethische Verpflichtung zum Protest haben.

Sie stellen fest, dass „die anthroposophische Medizin nie eine Position gegen Impfstoffe im Allgemeinen eingenommen hat“, aber diese Bemerkung verkennt, dass die anthroposophische Medizin sowohl nützliche als auch schädliche Wirkungen von Impfstoffen anerkennt. Sie mögen einen kurzfristigen Nutzen haben, aber sie berücksichtigen nicht den spirituellen und karmischen Grund für die Krankheit und die Notwendigkeit, den tieferen, primären Grund für die Krankheitsanfälligkeit durch spirituelle und moralische Entwicklung zu überwinden. Andernfalls kann es zu schwerwiegenderen Erkrankungen kommen.

Ihre obige Aussage verkennt auch das eigentliche Grundproblem. Es geht nicht darum, für oder gegen Impfstoffe zu sein, sondern darum, für oder gegen das Recht auf informierte Zustimmung zu sein; es geht darum, die Notwendigkeit einer *individuellen* Risiko-Nutzen-Analyse anzuerkennen und das Recht des Einzelnen zu respektieren, seine eigenen informierten Entscheidungen darüber zu treffen, welchen medizinischen (experimentellen) Verfahren er sich unterzieht. Trotz der Zusicherungen der Gesundheitsbehörden und der biomedizinischen Behörden wurden diese Gentransfer-Impfstoffe nie einer objektiven wissenschaftlichen und offenen Bewertung ihrer Sicherheit und Wirksamkeit unterzogen.^{29,30,54} Darüber hinaus wurden die üblichen präklinischen Tierversuche mit diesen speziellen Gentransfer-Impfstoffen nie durchgeführt.

Sie schreiben abschließend: „Mit diesem Schreiben hoffen wir, den Menschen zu helfen, die damit zu kämpfen haben, die richtigen Entscheidungen für sich selbst, ihre Familien und Kollegen zu treffen“, aber Ihr Schreiben zielt offensichtlich *nicht* darauf ab, den Menschen zu helfen, ihre eigene informierte Entscheidung über die COVID-19-Impfung zu treffen, sondern sie dazu *zu überreden*, dies zu tun, *ohne* ihnen das Wissen zu vermitteln, das sie dafür benötigen. In der Tat ist Ihr Schreiben in vielerlei Hinsicht höchst fehlinformativ. Offensichtlich glauben Sie, dass die einzig „richtige“ Entscheidung die ist, sich impfen zu lassen, aber es gibt legitime Gründe für Menschen, sich *nicht* impfen zu lassen, und unsere Pflicht als Ärzte ist es, genaue und *vollständige* Informationen über die Risiken und Vorteile zu geben und das Recht jedes Einzelnen zu respektieren, seine eigene informierte Entscheidung zu treffen.

Neben der oben erwähnten Erwiderung auf Ihren Brief gibt es tiefere Aspekte der anthroposophischen Medizin, die in Ihrem „offenen Brief“ fehlen. Die anthroposophische Medizin hat eine klare und grundlegende Verantwortung, an der Überwindung des einseitigen Materialismus in der Schulmedizin (und in Ihrem Brief) zu arbeiten. Wir als Ärzte müssen die tieferen, primär spirituellen Ursachen von Krankheiten in den Blick nehmen, die Bedeutung von angemessenen spirituellen Gedanken und Meditation inmitten einer Pandemie betonen und den ängstlichen Aberglauben unserer Gesellschaft und Wissenschaft über Infektionserreger nicht übermäßig unterstützen.

Wir möchten mit zwei Zitaten von Rudolf Steiner schließen, die zwar vor über 100 Jahren gesprochen wurden, aber heute aktueller denn je sind:

«Wer aber nur das gelten läßt, was er wahrnimmt, der verlangt nicht nur, daß wir das zugeben, was er weiß, sondern der will autoritativ entscheiden über das, was er nicht weiß. Es gibt keine schlimmere Intoleranz als die, die heute von der offiziellen Wissenschaft der Geisteswissenschaft entgegengebracht wird, und die wird sich noch zu einer viel schlimmeren entwickeln, als sie jemals vorhanden war. Sie tritt unter den verschiedensten Formen auf. Die Menschen haben gar kein Bewußtsein dafür, daß sie irgend etwas sagen, was sie gar nicht sagen dürften.» Rudolf Steiner, 30. Mai 1908 (GA 103, S. 187)

«Besonders muß man sich aber hüten, in irgendeinem Zeitalter darauf Rücksicht zu nehmen, was in dem Zeitalter gerade als Autorität auftritt. Solange man nicht spirituelle Einsicht hat, wird man da sehr fehlgehen können. Das ist insbesondere auf einem Gebiete der Menschheitskultur der Fall, auf dem Gebiete der materialistischen Medizin, wo wir sehen, wie eben das maßgebend ist, was die Autorität in der Hand hat und immer mehr und mehr darauf Anspruch macht, wo das auf etwas hinauslaufen will, was viel, viel furchtbarer, schrecklicher ist als jemals irgendeine Autoritätsherrschaft des so viel angeklagten Mittelalters. Wir stehen schon heute darinnen, und das wird noch immer stärker und stärker werden. Wenn die Leute so furchtbar spotten über die Gespenster des mittelalterlichen Aberglaubens, dann möchte man wohl sagen: Ja, hat sich denn in bezug darauf etwas besonders geändert? Ist denn diese Gespensterfurcht etwa abgekommen? Fürchten die Leute nicht heute viel mehr Gespenster als dazumal? – Es ist viel schrecklicher, als man allgemein meint, was da vorgeht in der menschlichen Seele, wenn ihr vorgerechnet wird: Da auf der Handfläche sind 60000 Bazillenherde. In Amerika ist ausgerechnet worden, wie viele solcher Bazillen in einem einzigen männlichen Schnurrbart sind. Müßte man sich also nicht doch entschließen zu sagen: Diese mittelalterlichen Gespenster waren wenigstens anständige Gespenster, aber die heutigen Bazillen-gespenster sind zu knirpshaft, zu unanständige Gespenster, als daß sie die Furcht begründen sollten, die zudem erst im Anfange ist, und die da macht, daß die Menschen gerade hier, auf gesundheitlichem Gebiet, in einen Autoritätsglauben geraten werden, der furchtbar ist.» Rudolf Steiner, Mannheim, 5. Januar 1911 (GA 127, S. 22)

Ricardo R. Bartelme, MD

Emeritierter Assistenzprofessor für
Familienmedizin PAAM-Vorstandsmitglied
Herausgeber, PAAM Medical Letter

Branko Furst, M.D., FFARCSI

Professor für Anästhesiologie
PAAM-Beauftragter für das Kollegium
der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft

Referenzen:

1. CDC, "Daily Updates of Totals by Week and State: Provisional Death Counts for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)," updated January 27, 2022, accessed January 27, 2022, <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/COVID19/index.htm>.
2. CDC, "New ICD code introduced for COVID-19 deaths," March 24, 2020, <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/coronavirus/Alert-2-New-ICD-code-introduced-for-COVID-19-deaths.pdf>.
3. CDC, "Weekly Updates by Select Demographic and Geographic Characteristics: Provisional Death Counts for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)," updated January 26, 2022, accessed January 27, 2022, https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm#Comorbidities.
4. CDC, "Weekly Updates," https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm#SexAndAge.
5. Office for National Statistics, "Average age of those who had died with COVID-19," January 11, 2021, <https://www.ons.gov.uk/aboutus/transparencyandgovernance/freedomofinformationfoi/averageageofthosewhohaddiedwithcovid19>.
6. Great Barrington Declaration. <https://gbdeclaration.org/>.
7. Attena AE, LLo, R J, et al. Beliefs and risk perceptions about COVID-19: Evidence from two successive French representative surveys during lockdown. *Front Psychology*. 2021. 12:619145. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33597909/>. Schneider CR, Dryhurst S, Kerr J, et al. COVID-19 risk perception: a longitudinal analysis of its predictors and associations with health protective behaviors in the United Kingdom. *J Risk Research*. 2021;24;3-4:294-313. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13669877.2021.1890637>.
8. Murphey SL, Kochanek KD, Xu J, Arias E. Mortality in the United States, 2020. *NCHS Data Brief*. No.427, December 2021. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db427.pdf>.
9. Woolf SH, Chapman DA, Sabo R, Zimmerman EB. Excess deaths from COVID-19 and other causes in the US, March 1, 2020, to January 2, 2021. *JAMA*. 2021; 325;17: 1786-1789. doi: 10.1001/jama.2021.5199.
10. Smalley Joel. An analysis of excess mortality caused by the SARS-CoV2 respiratory virus in England-part1. February 17, 2021. <https://www.hartgroup.org/mortality-analysis/>.
11. Meyerowitz-Katz G, Bhatt S, Ratmann O, et al. Is the cure really worse than the disease? The health impacts of lockdowns during COVID-19. *BMJ Global Health* 2021;6:e006653. doi:10.1136/bmjgh-2021-006653.
12. David Livermore. 'Zero Covid'-an impossible dream. March 28,2021. <https://www.hartgroup.org/zero-covid-an-impossible-dream/>.
13. Marilyn James, David Paton. Economic impacts-the true cost of lockdown. March 27,2021. <https://www.hartgroup.org/economic-impacts>. Shamez Ladhani, Russell M Viner, Richard M Lynn, Frances Baawuah, Vanessa Saliba, and Mary E Ramsey. Lockdown measures reduced the risk of covid-19 but had unintended consequences for children. August 6, 2020.

<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/08/06/lockdown-measures-reduced-the-risk-of-covid-19-but-had-unintended-consequences-for-children/>.

14. Marilyn James. Lockdowns-do they work? March 28,2021.

<https://www.hartgroup.org/lockdowns-do-they-work/>.

AIER staff (American Institute for Economic research). Lockdowns do not control the coronavirus: the evidence. December 19,2020. <https://aier.org/article/lockdowns-do-not-control-the-coronavirus-the-evidence>. Herby J, Jonung L, Hanke SH. A literature review and meta-analysis of the effects of lockdowns on COVID mortality. *Studies in Applied Economics*. No.200, January 2022. <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>.

15. Liu IT, Prasad V, Darrow JJ. Evidence for Community Cloth Face Masking to Limit the Spread of SARS-CoV-2: A Critical Review. Cato Working Paper No. 64. Cato Institute. November 8, 2021. www.cato.org/workingpapers. Vinay Prasad. Mask studies reach a scientific new low: MMWR appears to no longer be in the science business. February 6, 2022. [Vinay Prasad's Observations and Thoughts](#).

16. US Department of Health & Human Services, "U.S. Surgeon General Issues Advisory on Youth Mental Health Crisis Further Exposed by COVID-19 Pandemic," December 7, 2021, <https://www.hhs.gov/about/news/2021/12/07/us-surgeon-general-issues-advisory-on-youth-mental-health-crisis-further-exposed-by-covid-19-pandemic.html>.

17. UNICEF, "Across Virtually Every Key Measure Of Childhood, Progress Has Gone Backward, UNICEF Says AsPandemic Declaration Hits One-Year Mark," March 11, 2021, <https://www.unicef.org/press-releases/across-virtually-every-key-measure-childhood-progress-has-gone-backward-unicef-says>.

18. Meredith Wadman, "A grim warning from Israel: Vaccination blunts, but does not defeat Delta," *Science*, August 16, 2021, <https://www.science.org/content/article/grim-warning-israel-vaccination-blunts-does-not-defeat-delta>.

19. Full Fact, "Most people admitted to hospital with Covid-19 are vaccinated," October 21, 2021, <https://fullfact.org/health/economist-vaccination-status/>.

20. Scientific Advisory Group for Emergencies, "Ninety-fifth SAGE meeting on COVID-19," September 9, 2021, p.3, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1017296/S1360_SAGE_95_minutes.pdf.

21. Christian Yates, "Most COVID deaths in England now are in the vaccinated – here's why that shouldn't alarm you," *Medical Xpress*, July 14, 2021, <https://medicalxpress.com/news/2021-07-covid-deaths-uk-vaccinated.html>.

22. Public Health England, "COVID-19 vaccine surveillance report," September 23, 2021, pp. 13 – 15, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1019992/Vaccine_surveillance_report_-_week_38.pdf.

23. Vinay Prasad. Vaccine effectiveness goes down the drain: Plummeting VE changes health care policy. January 9, 2022. [Vinay Prasad's Observations and Thoughts](#).
24. Sivan Gazit et al., "Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections," *medRxiv*, August 25, 2021, <https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>. Joshi M, Bartter T, Joshi A. We must stop ignoring natural immunity—it's now long overdue! *BMJ*/Rapid Response 9/16/21. <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2101/rr-0>. Cohen KW, Linderman SL, Moodie Z, et al. Longitudinal 11 analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells. *Cell Reports Medicine* 2021, 100354. [https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791\(21\)00203-2](https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00203-2).
25. Murchu EO, Bryne O, Carty PG, et al. Quantifying the risk of SARS CoV 2 reinfection over time. *Rev Med Virol*. 2021;e2260. <https://doi.org/10.1002/rmv.2260>. Kim P, Gordon SM, Sheehan MM, et al. Duration of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Natural Immunity and Protection Against the Delta Variant- A Retrospective Cohort Study 12.3.21. *Clin Infect Dis* 2021, 12.3. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab999>. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Bertollini R. Severity of SARS-CoV2 reinfections as compared to primary infections. *NEJM*. 2021, 385;26:2487-2489. doi: 10.1056/nejmc2108120.
26. CDC, Vaccine Adverse Event Reporting System, accessed January 31, 2022, <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>.
27. David A. Kessler et al, "A New Approach to Reporting Medication and Device Adverse Effects and Product Problems", *JAMA*, 1993, <https://www.fda.gov/downloads/Safety/MedWatch/UCM201419.pdf>. S Rosenthal and RChen, "The reporting sensitivities of two passive surveillance systems for vaccine adverse events", *American Journal of Public Health*, December 1995, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615747/>. 106th Congress, 2nd Session, House Report 106-977, Sixth Report by the Committee on Government Reform, *The Vaccine Injury Compensation Program: Addressing Needs and Improving Practices*, October 12, 2000, <https://www.congress.gov/106/crpt/hrpt977/CRPT-106hrpt977.pdf>. Penina Haber et al, "Guillain-Barre Syndrome Following Influenza Vaccination", *JAMA*, 2004, <https://doi.org/10.1001/jama.292.20.2478>. Ross Lazarus, "Electronic Support for Public Health – Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS) – Final Report", Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services, 2010, accessed October 10, 2019, <https://digital.ahrq.gov/ahrq-funded-projects/electronic-support-public-health-vaccine-adverse-event-reporting-system>. US Department of Health and Human Services, "Guide to Interpreting VAERS Data", accessed January 31, 2022, <https://vaers.hhs.gov/data/dataguide.html>.
28. Rose J. A Report on the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) of the COVID-19 Messenger Ribonucleic Acid (mRNA) Biologicals. *Science, Public Health Policy, and The Law* 2021, May 2:59–80.

29. McLachlan S, Osman M, Dube K, et al. Analysis of COVID-19 vaccine death reports from the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) Database Interim: Results and Analysis. Preprint 6.2021. <https://www.researchgate.net/publication/352837543>.
30. Seneff S, Nigh G. Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research* 2(1), May 10, 2021.
31. Soren Wengel Mogensen et al, "The Introduction of Diphtheria-Tetanus-Pertussis and Oral Polio Vaccine Among Young Infants in an Urban African Community: A Natural Experiment", *EBioMedicine*, March 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360569/>.
32. S.J. Thomas et al., "Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months," *New England Journal of Medicine*, September 15, 2021, Supplementary Appendix, p. 11, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110345>.
33. Golder S, Loke YK, Wright K, Norman G (2016) Reporting of Adverse Events in Published and Unpublished Studies of Health Care Interventions: A Systematic Review. *PLoS Med* 13(9): e1002127. doi:10.1371/journal.pmed.1002127. Demasi M. Are Adverse events in COVID-19 vaccine trials underreported? Nov 23,2021. <https://maryannedemasi.com/publications/f/are-adverse-events-in-covid-19-vaccine-trials-under-reported>. Bartelme RR. Vaccine Section in Anthroposophic medicine: a short monograph and narrative review. *Global Adv in Health and Med*. 2020; 9:1-33. Doshi P, Godlee F, Abbasi K. Covid-19 vaccines and treatments: we must have raw data, now. *BMJ* 2022;376:o102. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.o102>.
34. Thacker PD. Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity in Pfizer's vaccine trial. *BMJ* 2021;375:n2635. <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2635>. James Lyons-Weiler. Pfizer whistle blower case unsealed. 2/18/22. <https://popularrationalism.substack.com/>
35. Klein NP, Lewis N, Goddard, K et al. Surveillance for adverse events after COVID-19 mRNA vaccination. *JAMA*. 2021;326(14):1390-1399. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2784015>.
36. Olliaro P, Torrelee E, Vaillant M. COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness – the elephant (not) in the room. Comment. *The Lancet.com Microbe*. 2021 July, vol 2. [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext). Buchan et al., »Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta symptomatic infection and severe outcomes«, *medRxiv*, January 28, 2022, <https://doi.org/10.1101/2021.12.30.21268565>.
37. Peter Nordstrom, "Effectiveness of Covid-19 Vaccination Against Risk of Symptomatic Infection, Hospitalization, and Death Up to 9 Months: A Swedish Total-Population Cohort Study," *SSRN*, October 25, 2021, <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3949410>.
38. Chua H, Feng S, Lewnard JA, et al. The use of test-negative control to monitor vaccine effectiveness: a systematic review of methodology. *Epidemiology*.2020;31(1):43-64. doi: 10.1097/EDE.0000000000001116. Dean 12 NE, Hogan JW, Schnitzer ME. Covid-19 vaccine effectiveness and the test-negative design. Editorial. *NEJM*. 2021.385;15. doi: 10.1056/nejme2113151. Evans SJW, Jewell NP. Vaccine effectiveness studies in the field.

Editorial. *NEJM*. 2021. 385;7. doi: 10.1056/nejme2110605.

39. Christian Holm Hansen et al., "Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study," *medRxiv*, December 23, 2021, <https://doi.org/10.1101/2021.12.20.21267966>.

40. UK Health Security Agency, "Omicron VOC-21NOV-01 (B.1.1.529) technical briefing: hospitalisation and vaccine effectiveness," December 31, 2021, p. 12, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045619/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf.

41. Sarah A. Buchan et al Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta symptomatic infection and severe outcomes. *medRxiv*, January 28, 2022, <https://doi.org/10.1101/2021.12.30.21268565>.

42. Aaron Siri, "CDC Admits Crushing Rights of Naturally Immune Without Proof They Transmit the Virus", *Substack*, November 11, 2021, <https://aaronsiri.substack.com/p/cdc-admits-crushing-rights-of-naturally>. CDC, »Interim Public Health Recommendations for Fully Vaccinated People«, updated November 19, 2021, archived January 1, 2022, <https://web.archive.org/web/20220101072842/https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>. ↑

43. Benjamin S, Buchan et al., COVID-19 vaccines may not prevent nasal SARS-CoV-2 infection and asymptomatic transmission. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, December 15, 2020, [COVID-19 Vaccines May Not Prevent Nasal SARS-CoV-2 Infection and Asymptomatic Transmission – Benjamin S. Bleier, Murugappan Ramanathan, Andrew P. Lane, 2021 \(archive.org\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7700000/)

44. Kampf G. The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing. Letter in *The Lancet Regional Health-Europe* 11 (2021) 100272. [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00258-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00258-1/fulltext).

45. CDC, "Frequently Asked Questions about COVID-19 Vaccination," updated August 19, 2021, archived August 30, 2021, <https://web.archive.org/web/20210830142007/https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/faq.html>.

46. Jeremy R Hammond. After long lying that natural immunity is weak and inferior, the CDC has finally admitted it offers better protection than VCOVID-19 vaccines. <https://www.jeremyrhammond.com/2022/02/10/the-cdc-finally-admits-that-natural-immunity-to-sars-cov-2-is-superior-to-the-immunity-induced-by-covid-19-vaccines/>Jeremy R Hammond. NPR whitewashes the CDC's lies about natural immunity. 2/16/22. <https://jeremyrhammond.com/2022/02/16/npr-whitewashes-the-cdcs-lies-about-natural-immunity/>.

47. Sivan Gazit et al., "Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections," *medRxiv*, August 25, 2021,

<https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>.

48. CDC, "Frequently Asked Questions about COVID-19 Vaccination," updated January 24, 2022, accessed January 31, 2022, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/faq.html>. Tomas M. Leon et al., »COVID-19 Cases and Hospitalizations by COVID-19 Vaccination Status and Previous COVID-19 Diagnosis – California and New York, May–November 2021«, *MMWR*, January 19,

2022, <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7104e1>

49. Josh Mitteldorf. Please don't call this 'science': How the FDA, CDC justified approval of Moderna's Spikevax. 2/8/22. https://childrenshealthdefense.org/defender/fda-cdc-approval-moderna-spikevaxvaccine/?utm_source=salsa&eType=EmailBlastContent&eld=4e4d0598-f8fd-49d4-... Vinay Prasad. How the CDC abandoned science. 2/14/22.

<https://www.tabletmag.com/sections/science/articles/how-the-cdc-abandoned-science>. Jeremy R Hammond. NPR whitewashes the CDC's lies about natural immunity. 2/16/22.

<https://jeremyrhammond.com/2022/02/16/npr-whitewashes-the-cdcs-lies-about-natural-immunity/>. John Roulac. From corrupted to trusted: (liberal) America's shifting perceptions of the FDA. February 8, 2022.

<https://johnroulac.substack.com/p/americas-fda-perceptions>.

Peter Selg. A Medicalized Society? *in the Mystery of the earth; Essays in the Time of COVID*. SteinerBooks, Hudson, NY. 2021.

Vinay Prasad. At a time when the U.S. needed Covid-19 dialogue between scientists, Francis Collins moved to shut it down. December 23, 2021. [Vinay Prasad's Observations and Thoughts](#).

Charles Schmidt. Gain-of-function research: all in the eye of the beholder.

9.27.21 <https://undark.org/2021/09/27/gain-of-function-research-all-in-the-eye-of-the-beholder/>.

Liu IT, Prasad V, Darrow JJ. Evidence for Community Cloth Face Masking to Limit the Spread of SARS-CoV-2: A Critical Review. Cato Working Paper No. 64. Cato Institute.

November 8, 2021. www.cato.org/workingpapers. Vinay Prasad. Mask studies reach a scientific new low: MMWR appears to no longer be in the science business. February 6, 2022. [Vinay Prasad's Observations and Thoughts](#).

Vinay Prasad. Does COVID-19 cause diabetes in kids? January 9, 2022. [Vinay Prasad's Observations and Thoughts](#).

50. <https://ivmmeta.com/>. Ivermectin for COVID-19: real-time meta-analysis of 78 studies. February 2, 2022.

51. Iacopo Chiodini et al., "Vitamin D Status and SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Clinical Outcomes," *Frontiers in Public Health*, December 22, 2021,

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736665>.

52. Soldner G, Breitkreuz T. COVID-19. 7/21/20. <https://www.anthromedics.org/PRA-0939-EN#list-sections-5>.

53. FLCCC Alliance. I-MASK+ prevention and early outpatient treatment protocol for COVID-19.

<https://covid19criticalcare.com/covid-19-protocols/i-mask-plus-protocol/>.

54. Doshi P, Godlee F, Abbasi K. Covid-19 vaccines and treatments: we must have raw data, now. *BMJ* 2022;376:o102. <https://www.bmj.com/content/376/bmj.o102>. Doshi P.: Pfizer and

Moderna's »95% effective« vaccines – we need more details and the raw data. *BMJ* 1/4/21. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/01/04/peter-doshi-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>. Doshi P. Clarification: Pfizer and Moderna's »95% effective« vaccines—we need more details and the raw data. *BMJ* 2/5/21. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/02/05/clarification-pfizer-and-modernas-95-effective-vaccines-we-need-more-details-and-the-raw-data/>. Josh Mitteldorf. Please don't call this »science«: How the FDA, CDC justified approval of Moderna's Spikevax. 2/8/22. <https://alethonews.com/2022/02/10/please-dont-call-this-science-how-fda-cdc-justified-approval-of-modernas-spikevax/>